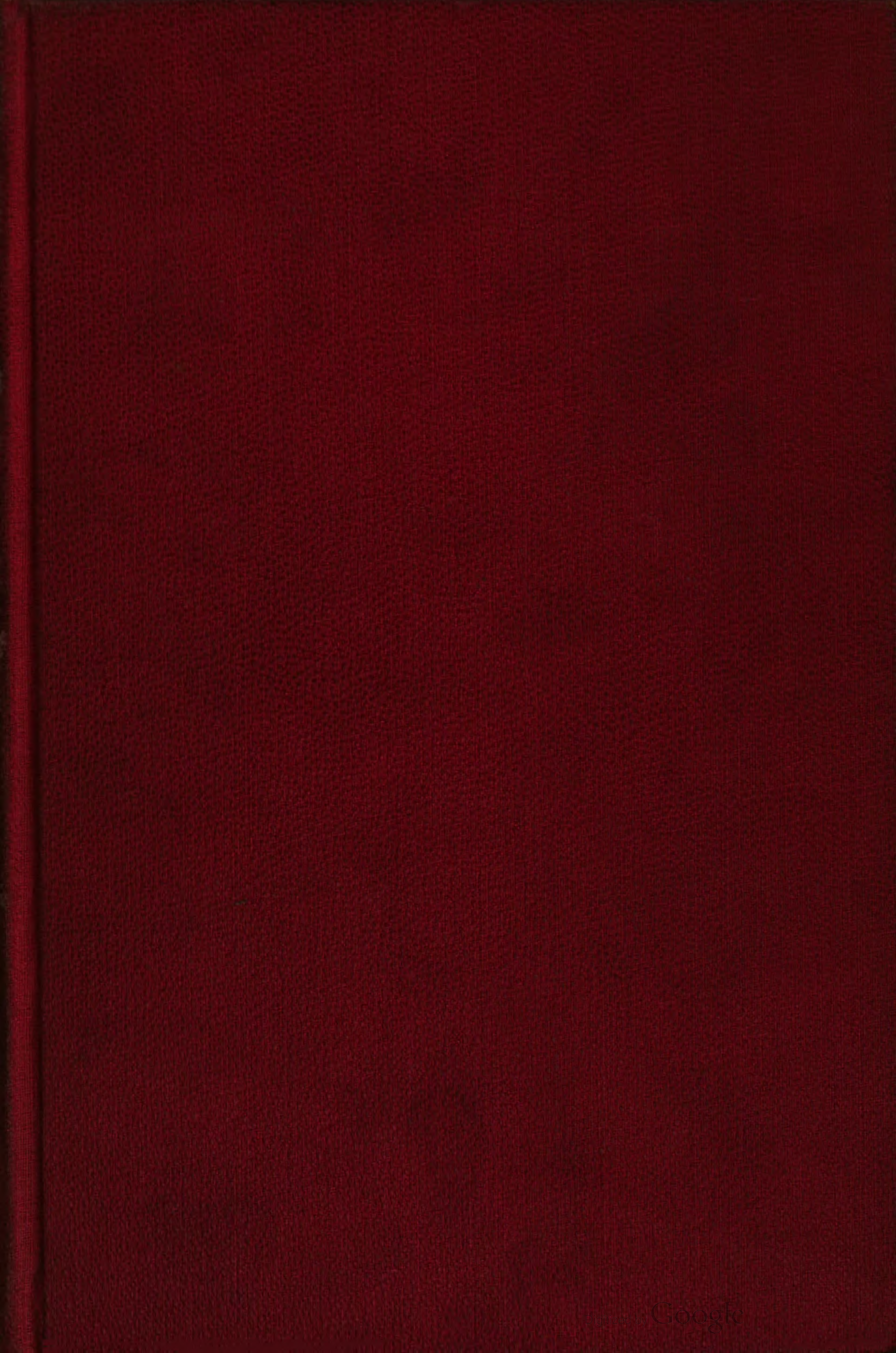


Centralblatt

für die

Krankheiten

der

Harn- und Sexual-Organe.

Herausgegeben von

Max Nitze

Berlin

und unter Mitwirkung von

O. Angerer (München), E. von Bergmann (Berlin), A. Bakó (Budapest), E. Burckhardt (Basel), A. Ebermann (St. Petersburg), J. Englisch (Wien), H. Feleki (Budapest), E. Hurry Fenwick (London), E. Finger (Wien), A. von Frisch (Wien), P. Fürbringer (Berlin), H. Goldschmidt (Berlin), F. Guyon (Paris), J. Israel (Berlin), J. Janet (Paris), A. Kollmann (Leipzig), E. Küster (Marburg), R. Lepine (Lyon), A. Lewin (Berlin), W. F. Loebisch (Innsbruck), W. Marc (Wildungen), M. Mendelsohn (Berlin), Fessenden N. Otis (New-York), William K. Otis (New-York), J. Passet (München), A. Peyer (Zürich), E. Pfeiffer (Wiesbaden), P. Plósz (Budapest), C. Posner (Berlin), S. Rosenstein (Leiden), M. Saenger (Prag), B. Tarnowsky (St. Petersburg), J. Verhoogen (Brüssel), P. Wagner (Leipzig), M. von Zeissl (Wien)

redigiert von

F. M. Oberlaender

Dresden.

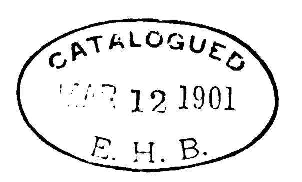
1900.

Elfter Band.

Leipzig.
Verlag von Arthur Georgi.
1900.







Druck von C. Grumbach in Leipzig.

Inhalts-Verzeichnis.

Harnchemie und Stoffwechsel.

1. Allgemeines über Urin.

2. Giftwirkung des Harns.

3. Über den Urin bei verschiedenen Krankheiten.

4. Harnsäure und Gicht.

5. Harnstoff- und Stoffwechselanomalien.

Seite

6. Oxalsäure.

7. Indicanurie.

8. Alloxurkörper.

9. Schwefelausscheidung und Verschiedenes.

10. Alkalien und Phosphorsäure.

11. Polyurie und Diabetes insipidus.

12. Glykosurie.

13. Diabetes mellitus.

Seite

14. Pentosurie.

15. Acetonurie.

16. Diazoreaktion.

17. Gallenfarbstoffreaktion.

18. Quecksilbernachweis im Harn.

Anatomie, Physiologie, Bakteriologie sowie innere und chirurgische Krankheiten des gesamten Harntraktus mit Ausnahme der Tuberkulose, Geschwülste und Konkremente.

1. Nieren.

a) Funktion der Nieren und Allgemeines.

Seite

b) Hämaturien.

c) Albuminurie.

f) Chronische Nephritiden.

g) Urinretention und Anurie.

Seite

h) Urämie.

i) Hydronephrosen.

k) Pyonephrosen.

2. Nebennieren.

3. Ureter.

4. Blase.

a) Pathologische Anatomie.

b) Ektopie.

c) Hernien.

d) Rupturen.

i) Cystitiden.

k) Ätiologie und Behandlung der Cystitiden.

5. Cystoskopie und cystoskopische Instrumente.

6. *Prostata.*

a) Verschiedenes.

b) Prostatitiden.

Seite

c) Prostatahypertrophie.

d) Operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

e) Bottinische Operation.

Seite

f) Epididymitis.

g) Pathologie des Hodens und Hodenentzündung.

8. Erkrankungen des Penis.

a) Pathologie.

b) Hypo- und Epispadie. Hermaphroditismus.

c) Pathologie des Präputiums und der Urethra.

d) Ulcera.

b) akute Gonorrhoe und ihre Behandlung.

c) Chronische Gonorrhoe und ihre Behandlung.

d) Komplikationen der Gonorrhoe.

e) Strikturen und ihre Behandlung.

f) Katheter und Dilatatoren.

g) Elektrolyse der Strikturen.

h) Operative Behandlung der Strikturen.

i) Traumatische Strikturen und Obliterationen.

Tuberkulose.

a) Nierentuberkulose und chirurgische Behandlung derselben.

b) Tuberkulose der Nebennieren und chirurgische Behandlung.

Geschwülste.

e) Hoden- und Nebenhodengeschwülste.

f) Geschwülste des Präputiums, des Penis und der Urethra.

Steine und Fremdkörper.

a) Nierensteine.

b) Uretersteine.

Seite

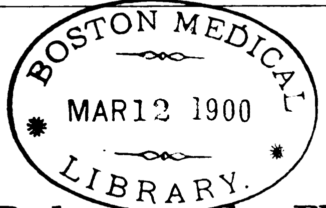
c) Blasensteine, Fremdkörper der Blase und Operationen derselben.

Bücherbesprechungen.

Kongrefsbericht.

Autoren-Verzeichnis.

(*Aus der Poliklinik des Herrn Prof. Posner.*)



Wesen und Bedeutung der Florenceschen Reaktion.

Von

Dr. **M. Vertun.**

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Die unter dem Namen Florencesche Reaktion bekannte mikrochemische Jod-Reaktion des Spermas ist im Verlaufe der drei Jahre seit ihrer Entdeckung Gegenstand so zahlreicher Untersuchungen und durch dieselben meines Erachtens jetzt in Wesen und Bedeutung soweit verständlich geworden, dafs es mir angebracht erscheint, die Entwicklung ihrer Erkenntnis zusammenfassend zu beleuchten. Es erscheint mir dieser Platz dafür geeignet, weil die Reaktion nicht nur für die gerichtliche Medizin, für deren Zwecke sie von Florence ursprünglich angegeben wurde, sondern naturgemäfs in vieler Hinsicht auch für den Urologen hohes Interesse hat.

I.

Florence (1) ging von der Idee aus, dass die Samenflüssigkeit spezifische, alkaloidartige Körper enthalten könne, und untersuchte, um dies festzustellen, den Einfluss sämtlicher Alkaloid-Reagentien auf das menschliche Sperma, so auch den einer Jodjodkaliumlösung. Er erhielt mit dieser jedoch erst eine Reaktion, als er den Jodgehalt der Lösung derart steigerte, dafs sie einer Lösung von Kaliumtrijodid ($K J_3$) entsprach. Er nahm dazu 1,65 g Jod und 2,54 g Jodkalium auf 30 g Wasser, die Bestandteile also in theoretischer Menge, d. h. nach dem Molekulargewicht berechnet, und setzte nun einen Tropfen dieser Lösung auf dem Objektträger einem Tropfen eines wässerigen Auszuges aus einem Spermafleck hinzu. Es traten da in wenigen Sekunden braun gefärbte mikroskopische Krystalle auf, welche

den Häminkrystallen aufserordentlich ähnelten, und wie diese in typischer Ausbildung rhombische Täfelchen darstellten, daneben zahlreiche rudimentäre Formen. Kein anderes Sekret gab ihm ein positives Ergebnis, ebensowenig Hirnsubstanz, Alkaloide, Mehlteig, Nahrungsmittel. Auch das Spermin von Poehl und Jaquet gab keine Krystalle; er konnte dieselben vielmehr nur aus Lecithin und Cholin in ähnlicher Gestalt gewinnen. Aus diesem Grunde nahm Florence ein Virispermin, also einen besonderen, bis dahin unbekannten Körper als den reagierenden, im Samen an, zog aber, weil eben noch zwei Körper aufserhalb des Spermas ihm die Reaktion gaben, den vorsichtigen Schlufs, dass die Reaktion praktisch nur als Vorprobe dienen könne, um nach positivem Ausfall um so eifriger nach Spermatozoen zu suchen. Meine Zeichnung zeigt die Reaktion an einem an Böttcherschen Krystallen sehr reichen Sperma.[1]) Die Resultate von Florence wurden in den wesentlichsten Stücken von zwei amerikanischen Autoren, Johnston und Whitney (2) bestätigt.

Florence hatte eigentlich nur eine Frage offen gelassen, nämlich die: Welcher Körper giebt im Sperma die Reaktion, was ist Virispermin?

Die Frage beantwortete zuerst C. Posner (3). Derselbe erhielt nämlich im Widerspruch zu Florence mit dem Poehlschen Spermin resp. dessen phosphorsaurem Salz in Lösung die charakteristische Reaktion, ebenso mit einem sehr sperminreichen Glycerinextrakt des Ovariums, sah deshalb das Spermin als den reagierenden Körper des Spermas an und sprach die Ansicht aus, dafs die Reaktion wohl verschiedenen Basen eigentümlich sei.

In der That erhielt Max Richter (5) mit dem Muscarin ähnliche Krystalle.

Nun aber gelang es Lecco (5) aus dem Sperma einen Körper zu isolieren, dessen krystallinische gelbe Platinverbindung 32 % Pt.

---

[1]) Die Böttcherschen Krystalle haben, so weit sie in der Jodflüssigkeit liegen, tiefschwarze Farbe angenommen. Dies ist nach B. Lewy (Klin. exper. Beiträge z. inn. Med. 1899, p. 11. Festschrift f. Lazarus) ein wesentlicher Unterschied von den Charcot-Leydenschen Krystallen, die sich mit dem Flor. Reagens gelb färben.

enthielt, also dem Gehalt des Platindoppelsalzes des Cholin (37 %) nahe kam.

Dies veranlaſste Gumprecht (6) zu seinen Spermauntersuchungen und er kam zu dem Resultate, daſs im menschlichen Sperma nicht nur Lecithin, sondern Cholin als solches enthalten sei, und daſs dieses der reagierende Körper des menschlichen Samens sei.

Da hingegen konstatierte Cardile (7) wieder, daſs im Samen das Spermin die Reaktion gebe und daſs sie sogar mit Nucleïn- und Harnsäurederivaten zu erzielen sei.

Weitere Untersuchungen über die Natur des Virispermins von Florence liegen meines Wissens nicht vor.

II.

Die Resultate der genannten Forscher weisen nun eine Reihe von Widersprüchen auf, die vor allem der Klärung bedürfen.

Der erste ist der das Sperminum Poehl betreffende. Wenn Florence und Lecco mit diesem die Reaktion nicht erhalten konnten, so kann das nur darin seinen Grund haben, daſs ihnen kein genügend reines Präparat vorlag, so daſs sich die dem Chemiker bekannten amorphen Schmieren bildeten und die Krystallisation hinderten. Denn das Poehlsche Spermin und Spermin. phosph. giebt zweifellos die charakteristische Reaktion, wie sie Posner zuerst beschrieb und im Mikrophotogramm demonstrierte.

Des weiteren sagt Gumprecht: Nicht die Schreinersche Base, welche mit dem Sperminum Poehl identisch ist, sondern das Cholin sei der reagierende Körper der Samenflüssigkeit, während Cardile mit Nachdruck dem Spermin diese Rolle zuweist. Nun ist aber vor allem durch Schreiners und Poehls Untersuchungen hinlänglich der Reichtum des menschlichen Samens, speziell des Prostatasaftes an Spermin bekannt. Es bedarf deshalb nur der Prüfung, ob, wie Gumprecht glaubt wirklich Cholin im frischen Sperma enthalten ist. Den Nachweis glaubt G. dadurch erbracht zu haben, daſs er mit dem vom Eiweiſs befreiten Alkoholextrakt des Samens einige Basenreaktionen erhielt, welche auf die Anwesenheit von Spermin deshalb nicht hindeuten können, weil dies in Alkohol und Äther unlöslich ist.

Nun ist es aber von vornherein sehr unwahrscheinlich, dafs im frischen Samen oder Prostatasaft schon Zersetzungsprodukte des Lecithins enthalten sein sollen.

Aus diesem Grunde nahm ich einige Prüfungen vor und führte sie nach den Anweisungen Hammarstens in folgender Weise aus:

Eine Spermamenge wurde mit Alkoholäther versetzt, vom Niederschlag decantiert, das Extrakt mit angesäuerter alkoholischer Platinchloridlösung gefällt, der abfiltrierte Niederschlag in Wasser gelöst und zum langsamen Auskrystallisieren in den Exsiccator gebracht. Es fanden sich, wenn auch erst nach zweimaligem Umkrystallisieren, schöne gelbe, sechsseitige Täfelchen. Diese brachte ich auf ein Filter und wusch sie solange mit Alkoholäther aus, bis das Ablaufende farblos war, womit der Überschufs von Platinchlorid entfernt war. Das Filter brachte ich in den Vacuumexsiccator. Dafs nun in einem Falle überhaupt noch Krystalle zurückblieben, ist ein Beweis dafür, dafs thatsächlich das Platindoppelsalz einer organischen Base gebildet war, dafs also eine andere Base als Spermin noch in der benutzten Samenflüssigkeit enthalten war.

Dieses Sperma war ca. 12 Stunden alt. Bei zwei anderen nur einige Stunden alten Spermaflüssigkeiten blieben hingegen schliefslich keine Krystalle mehr zurück; es war also aufser Spermin keine Base in denselben enthalten, also auch nicht Cholin. Daher ist wohl die Annahme berechtigt, dafs in den 12 Stunden im ersten Falle durch Zersetzungsprozesse bereits eine Base entstanden war; mindestens aber ist der Gehalt an Cholin nicht konstant.

Da die Florencesche Reaktion in allen drei Flüssigkeiten positiv ausfiel, so kommt sie nicht dem inkonstanten Cholin, sondern in erster Reihe dem stets vorhandenen Spermin zu. Die Reaktion kann aber natürlich durch die Entstehung von Cholin verstärkt werden. Dafür spricht auch die Beobachtung von Lisi (8), dafs die aus tierischem Sperma erhaltenen Florence-Krystalle gröfser und zahlreicher werden, wenn das Sperma einige Tage alt ist. Ebenso steht der negative Ausfall der Reaktion mit einer an Samenfäden sehr reichen Spermatocelenflüssigkeit (Johnston [2]), Vertun [14])

in völligem Einklang mit dem obigen Ergebnis, weil in derselben Sperminum Poehl nicht nachweisbar ist (Vertun [14]).

III.

Fassen wir die übrigen positiven Resultate der vorliegenden Untersuchungen zusammen, so sehen wir, dafs die Fl. Reaktion, vom Sperma abgesehen,

1. der Cholingruppe (Cholin, Muscarin, Neurin),
2. der Schreinerschen Base = Spermium Poehl,
3. den Nuclein-Derivaten bezw. Alloxurbasen (Adenin, Xanthin, Hypoxanthin, Guanin, Carnin),

zukommt. Diese Körper haben nun das Gemeinsame, dafs sie sämtlich organische Basen resp. organische Körper mit basischen Eigenschaften sind.

Die Fl. Reaktion ist also, wie Posner schon vermutete, eine Gruppenreaktion und zwar einer grofsen Zahl organischer Basen.

Es ist zu verwundern, dafs es Jahre währen konnte, bis eine Anschauung in der Medizin feste Form gewann, die längst Besitz der Alkaloid-Chemiker ist, zumal Fl. selbst von einer Basenreaktion ausgegangen war und sein Reagens aus der grofsen Zahl der Alkaloidreagentien ausgewählt hatte.

IV.

So war die Zahl der mit dem Fl. Reagens ähnlich krystallisierenden Körper gewachsen, und dementsprechend hatte der positive Ausfall der Reaktion mit dem angesäuerten, wässerigen Auszug eines Fleckens an praktischer Bedeutung eingebüfst, da ja alle die Körper event. in Wäscheflecken enthalten sein können.

Fällt also in dem wässerigen Extrakt eines Wäscheflecks die Reaktion positiv aus, so beweist dies nicht die Anwesenheit von Sperma, sondern macht sie, wie Fl. selbst schon betonte und später Korsunski [9]), Grigoriew [10]) und Tolski [11]) genau präcisierten, nur wahrscheinlich, da die übrigen Körper seltener in Flecken vorkommen, wird also dazu anreizen, in den Flecken um so eifriger nach morphotischen Samenelementen zu suchen.

Der Wert des positiven Ausfalles der Reaktion ist also auch von Fl. nicht überschätzt worden und an seinen Ausführungen in dieser Hinsicht nichts geändert worden.

Anders verhält es sich mit der Bedeutung des negativen Ausfalles der Reaktion.

Max Richter glaubte, dafs wir berechtigt sind, einen Fleck als nicht samenhaltig zu bezeichnen, wenn die Reaktion negativ ausfällt. Gumprecht wies dann darauf hin, dafs die Eiweifsarmut des Samens das Eintreten der Reaktion aller Wahrscheinlichkeit nach unterstütze, der hohe Eiweifsgehalt anderer Flüssigkeiten aber, wie Eiter, Sputum, Milch, Organsäfte dieselbe verhindere.

Darüber stellte Gonçalves Cruz[12]) genauere Untersuchungen an und fand, dafs Verdünnung des Spermas mit Wasser wenig Einflufs übe, dafs aber durch Mischung des Spermas mit geringen Mengen von Blut und Harn das Eintreten der Reaktion verhindert werde.

Wir konnten nun feststellen, dafs Eiweifs und Eiter nur in geringer, Blut in gröfseren, Harn aber in gleicher Menge fast wie Wasser der Samenflüssigkeit beigemischt werden konnte, bis die Grenze erreicht war, jenseits die Reaktion negativ ausfiel. Wir haben zwar zahlenmäfsige Feststellungen versucht; dieselben sind aber bedeutungslos, weil die Werte je nach den qualitativen Verschiedenheiten der benutzten Flüssigkeiten in weiten Grenzen schwanken. Aus den erhaltenen Resultaten geht aber hervor, dafs eine Flüssigkeit in um so geringerer Menge dem Eintreten der Reaktion schon hinderlich ist, je mehr Eiweifs sie enthält.

Damit erklärt sich auch der negative Ausfall der Reaktion in einem von Richter citierten Fall:

Ein 13 Jahre altes Mädchen war genotzüchtigt worden. Sie hatte dabei Schmerzen und wurde nafs. Am nächsten Tage setzte die Menstruation ein. Die Corpora delicti — ein Hemd und eine Unterhose — zeigten reichliche Blutflecken. Von der Ansicht ausgehend, dafs etwaige Spermaflecke durch das nachträglich angetrocknete Blut verdeckt worden seien, untersuchte Richter zahlreiche Partien, weichte schliefslich die ganzen blutig gefärbten Stellen in einem Spitzglase auf und untersuchte das Sediment. Es blieb jedoch die Reaktion von Fl. überall aus.

Sie kann hier durch die Anwesenheit des Blutes verhindert worden sein.

So hat der negative Ausfall der Reaktion niemals

irgend welche praktische Bedeutung, weil auch in Spermaflecken Eiweifs oder ein anderer kolloider Stoff enthalten sein kann, welcher bei der Reaktion Schmieren bildet, die den Eintritt der Krystallisation verhindern.

Litteratur.

1. Florence: Du sperme et des taches de sperme en médecine légale. Arch. d'anthropol. crimin. X u. XI und Monographie du sperme, (Stork, Masson, Lyon, Paris 1897).

2. Johnston und Whitney: Boston med. Journal 1897, Nr. 13. — Whitney: Cholin, the activ principle in Florences test for semen. Ibid. 1898, Nr. 28.

3. C. Posner: Die Fl. Reaktion nebst Bemerkungen über Spermin. Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 28.

4. Max Richter: Der mikrochemische Nachweis von Sperma. Wien. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 24 p. 569.

5. Marco T. Lecco: Über die mikrochemische Erkennung der Spermaflecken in kriminellen Fällen. Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 37, p. 820

6. F. Gumprecht: Über das Wesen der Flor. Reaktion im Sperma und aufserhalb desselben. Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. Bd. IX, 1898.

7. P. Cardile: Sulle base alloxuriche dell'organismo che danno la reazione del Florence. Arch. di formac. e terap. VII.

8. Lisi: Ancora sulla reazione del Florence. Ufficiale Sanitario 1899, 3. R. in Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, Nr. 31.

9. Korsunski (Petersburg): Über die mikrochemische Methode von Florence zur Entdeckung von Samen in verdächtigen Flecken. Wratsch 1898, Nr. 17.

10. Grigoriew: Über die Anwendung der Florence'schen Reaktionen bei Untersuchung von Samenflecken. Vortrag geh. auf dem VII. Kongr. der russ. Ärzte zu Kasan. Wratsch 1899, Nr. 22.

11. Tolski: Mikrochemische Untersuchung der Samenflecke zu gerichtlich medizinischen Zwecken. Flor. Reaktion. Medicinskoe Obosrenie, Aug. 1899.

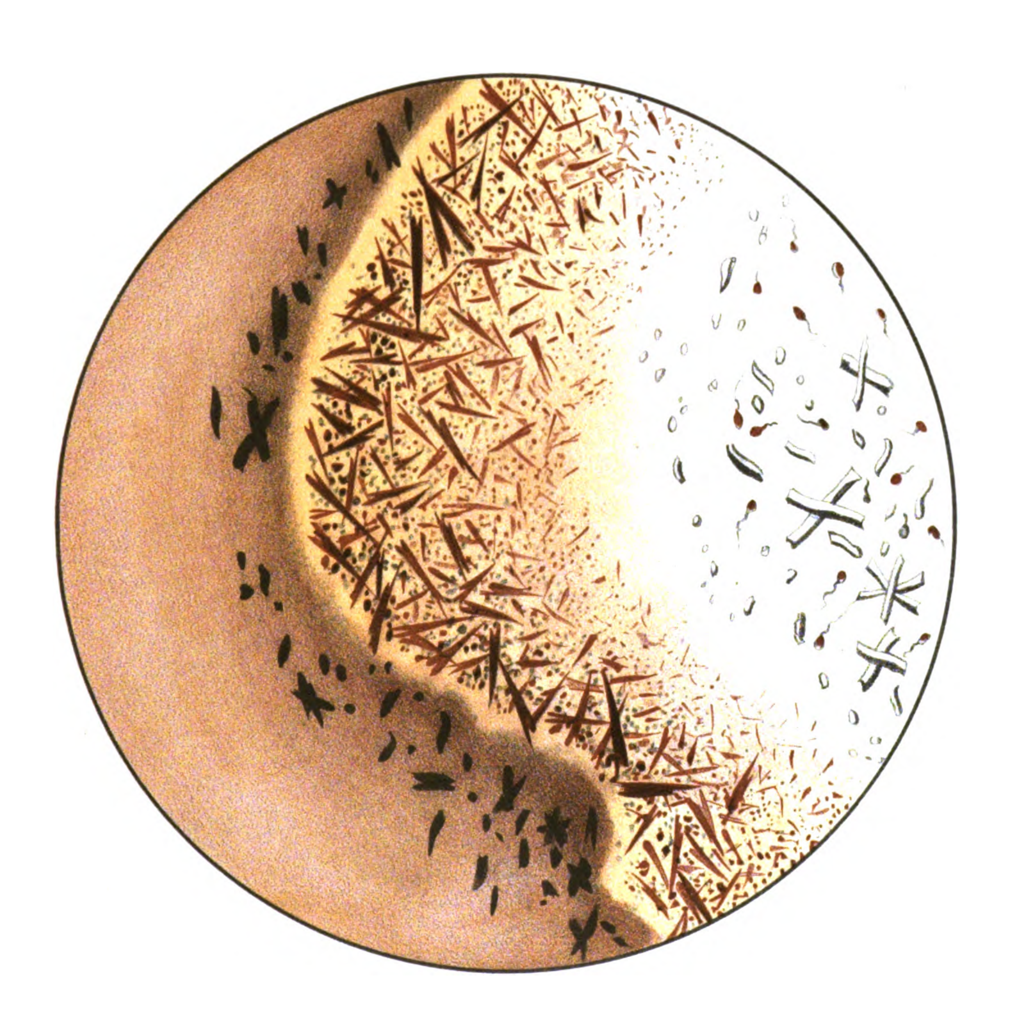
12. Gonçalves Cruz: Ann. d'Hygi 3. S. XXXIX 2 p. 158. Fevr. 1898.

13. E. di Mattei: Influenza di alcuni fattori nella reazione microchinica del Florence. Savori d. ist. d. pathol. gen. della Univers. di Catania 1897. Ref. im Jahresb. über die Fortsch. d. Thierchemie. 1897, S. 499.

14. M. Vertun: Über Spermatocelenflüssigkeit, zugleich ein Beitrag zur Chemie des Samens. Centrlbl. f. d. med. Wissensch. 1899, Nr. 31.

Erklärung der farbigen Tafel I.

Florencesche Reaktion an einem an Böttcherschen Krystallen reichen Sperma. Die Böttcherschen Krystalle sind durch das Fl. Reagens zum Teil tief schwarz gefärbt.



M. Vertun del.

Verlag von Arthur Georgi in Leipzig.

Lith. Anst. v. E. A. Funke, Leipzig.

Über Prostataverletzungen durch Unfall.

Von

F. M. Oberländer.

Lage und Bau der sogenannten normalen Prostata darf ich als bekannt voraussetzen. Auch in noch als normal zu bezeichnenden Formen bietet sie beim erwachsenen Manne verschiedene Abweichungen von der anatomisch normalen Gestalt. Der Grund hierzu ist in ihrer Funktion als — sit venia verbo — „reine Geschlechtsdrüse“ zu suchen. Sie leidet zweifelsohne am meisten oder fast allein unter der excessiven Masturbation in den Jugend- und Jünglingsjahren. Ihr Gewebe kongestioniert sich weiterhin chronisch unter dem häufigen Misbrauch der geschlechtlichen Erregungen in den Mannesjahren, wie er durch das späte Heiraten und den auſsereheliehen Geschlechtsverkehr oft bis ans Ende der dreiſsiger Jahre, in allen Schichten der Bevölkerung, nicht bloſs in den groſsen Städten, weit verbreitet ist. Als einen solchen sehr schädlichen geschlechtlichen Miſsbrauch erwähne ich auch den Coitus interruptus.

Die Beschreibung der folgenden Fälle bietet insoweit auch für die mit den Erkrankungen der Prostata bekannteren Leser des Centralblattes hervorragend interessantes, als ähnliche Vorkommnisse bisher in der Litteratur meines Wissens noch nicht beschrieben worden sind.

Ich möchte zuerst einige Worte über die Beschaffenheit der Prostata bei erwachsenen Männern sagen. Die Litteratur des letzten Jahrzehntes über Prostataerkrankungen, seien es rein urologische oder chirurgische, ist sehr umfangreich geworden, sie befindet sich im Centralblatt vollkommen wiedergegeben, fast alle bedeutenderen Arbeiten sind in demselben zuerst erschienen.

Im nachfolgenden handelt es sich nicht um mit Gonorrhoe komplizierte Fälle. Es giebt aber nebenbei, oder besser gesagt, hauptsächlich eine Unzahl von pathologischen Veränderungen der Prostata im Mannesalter anderen zweifelhaften Ursprungs, welche dem Träger vollkommen unbewufst bestehen, und diese habe ich jetzt im Auge.

Es ist eine bekannte Thatsache, dafs bei völlig normal erscheinenden geschlechtlichen und Miktionsverhältnissen die Prostata nicht normal sein mufs. Ihr Gewebe kann jederzeit chronisch erkrankt sein, mehr oder weniger, ohne dafs es dem Träger selbst zum Bewufstsein kommt, ihm wesentliche Beschwerden verursacht oder es jemals thun müfste. Es ist dies ein vielleicht noch nicht so oft ausgesprochenes, aber keineswegs mir allein bekanntes Vorkommnis. Wann und unter welchen Bedingungen aber diese mehr oder weniger latenten Affektionen dem Träger lästig werden können, hängt von den verschiedensten Umständen ab. Die häufigste Ursache wird die Kumulation der schädlichen Momente, z. B. der in späteren oder auch in jüngeren Jahren erzwungene Coitus, tragen, ferner die längere Andauer der bestehenden pathologischen Veränderungen, der Grad der Erkrankung und deren Einwirkung auf die empfindlichen Nervenendigungen der Drüse. Bekanntlich besitzt die Prostata eine grofse Anzahl Paccinischer Körperchen. Es liegt auf der Hand, dafs in der Nähe solcher empfindlicher Organteile befindliche chronische Entzündungsherde Störungen in der Empfindung auslösen müssen. Die natürliche Folge davon ist die, dafs bei nervösen und neurasthenisch disponierten Individuen chronische Prostata-Affektionen besonders häufig langwierig und mit nervösen Komplikationen auftreten können. Es ist damit nicht gesagt, dafs alle diese Kranken von Haus aus Neurastheniker sind, jedenfalls aber sind nervöse Personen besonders dazu disponiert, und fast alle chronischen Prostatiker können gewissermafsen Neurastheniker werden.

Es ist also jederzeit möglich, dafs eine bereits längere Zeit bestehende Prostataerkrankung, sei es durch örtliche krankhafte Veränderungen, sei es durch allgemeine chronische nervöse Indispositionen, dem

Träger scheinbar mit einemmale starke Beschwerden macht.

Wenn man lange Jahre täglich eine gröfsere Anzahl solcher Prostatiker untersucht, so fällt zunächst im allgemeinen der aufserordentlich differente Bau und auch die Lage der Drüse auf. Es liegt dies einerseits in der Neigung des Beckens zum Horizont, ferner in dem Bau des Rektums und der Blase, endlich in der anatomischen Konstruktion der Drüse selbst, welche sich nach dem der gesamten Geschlechtsorgane naturgemäfs richten wird. So konstatiert man in einem steil aufstrebenden Rektum eine kaum abtastbare Drüse, andererseits aufserordentlich weit nach vorn gelagerte gröfsere. Weiterhin in einem engen Rektum ein grofses, mit den Rändern aus dem Cavum recti steil aufstrebendes Organ, oder in einem sehr umfangreichen Rektum eine kleine Prostata, die gewissermafsen nur locker suspendiert ist. Endlich bezüglich des Baues der noch als normal zu bezeichnenden Drüse selbst erkennt der abtastende Finger in der Gröfse der Seitenlappen grofse Verschiedenheiten, ebenso in Bezug auf die Beschaffenheit ihrer Oberfläche — glatt, grobhöckerig, feinhöckerig, an einzelnen Punkten erhaben und in Bezug auf ihre Konsistenz: weich, härtlich, prall-elastisch, auch vollkommen hart. Anhaltende gröfsere Empfindlichkeit ist immer ein pathologisches Symptom. In der Litteratur der letzten Jahre hat sich besonders Scharff-Stettin des näheren mit dieser Species von Prostataveränderungen beschäftigt und zwar in einer Originalarbeit des Centralblattes Jahrgang 1899, Heft 10, betitelt: Die Behandlung der nicht chirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der Vorsteherdrüse. Er schreibt darin unter anderem: „Das palpatorische Bild der durch sexuellen Abusus affizierten Prostata zeigt meist eine gleichmäfsige Vergröfserung und Vorwölbung der rektalen Oberfläche, welche in einer Reihe von Fällen glatt, manchmal auch uneben erscheint, aber nicht einzelne Knoten durchfühlen läfst: Dieser Zustand scheint mir einer hochgradigen Kongestion zu entsprechen, ältere Fälle lassen dagegen eine Abnahme des normalen elastischen Widerstandes erkennen, welcher dem gesunden Tonus aller Elemente entspricht, so dafs man den Eindruck eines weichen, aufgelockerten Organes empfängt.“ Weiter unten auf derselben

Seite fährt Sch. fort: „Es giebt meines Wissens schliefslich noch eine Form kongestiver Volumszunahme der Prostata bei vielen an Kongestionszuständen der Bauch- und Beckenorgane leidenden, so vor allem bei Hämorrhoidariern, bei Personen, welche an chronisch kalten Füfsen und Obstipation leiden.“

Ich möchte dem noch folgendes hinzufügen. Die rektale Oberfläche der Prostata findet man auch bei Veränderungen rein sexuellen resp. masturbatorischen Ursprungs sehr oft grobhöckerig, ja sogar mit einzelnen aufserordentlich prominenten Knoten besetzt. Es ist für mich auch keinem Zweifel unterworfen, dafs in der Entstehung unserer Species von Prostataleiden individuelle Dispositionen mafsgebend sind. So konstatiert man nicht etwa regelmäfsig bei Patienten, welche freiwillig als Grund ihrer Beschwerden Masturbation angeben oder bei notorisch sexuell sehr locker lebenden Leuten, Prostatavergröfserungen oder Auflockerungen. Ebenso andererseits und zwar, wie mir es erschien, bei zarten Männern mit schlechten Schleimhäuten findet man ohne eingestandene excessive Masturbation und dergleichen manchmal pathologische Veränderungen von viel gröfserer Ausbildung, die geradezu überraschend sind.

Wenn man sich nun diese Punkte vergegenwärtigt, nämlich die sehr häufig bestehenden in der Hauptsache symptomlos verlaufenden Prostataerkrankungen, und zweitens die individuell aufserordentlich verschiedene Beschaffenheit der Drüse, ihre Lage im Rektum und des Rektums selbst, so wird man sich von vornherein sagen können, dafs die im Nachfolgenden geschilderde Art der Unfälle, welche sich tagtäglich ereignen, unter Umständen einmal ohne ernstliche Folgen vorübergehen kann, ein anderes Mal eine schwere Erschütterung des kranken Organs zu erzeugen imstande ist. In allen vier folgend beschriebenen Fällen handelt es sich um ein mit grofser Gewalt erfolgtes Niederwerfen oder vielmehr sich Niedersetzen mit dem Gesäfs auf eine besonders harte Unterlage und zwar nicht rittlings, sondern in der gewöhnlichen sitzenden Stellung.

Die Fälle sind folgende:

I. B., Bergarbeiter, 53 Jahre, gesund und kräftig, erleidet während seiner Schachtarbeit den fraglichen Unfall derart, dafs er mit grofser Gewalt

aus stehender Stellung auf einen Balken, nicht rittlings, hingeschleudert wird. Dem Unfall folgen sofort starke Schmerzen im After, welche ihn zwingen, sich sofort an Ort und Stelle niederzulegen; später kann er sich nach Hause begeben. Die Schmerzen beruhigen sich zwar alsdann, es bleiben aber längere Zeit noch Andeutungen derselben und Schwächegefühl im Kreuze zurück. Blutiger Urin ist dabei nicht vorhanden gewesen. Pat. mufste ungefähr zwei Wochen lang darnach zu Bett liegen. Sobald er die Arbeit wieder aufnahm, begannen die Afterschmerzen von neuem und steigerten sich im Laufe der nächsten Wochen bis zur Unerträglichkeit. Trotzdem arbeitete der Kranke monatelang damit weiter; von seinem Arzte verordnete Mittel blieben ohne Erfolg. Im Laufe eines Jahres war er total arbeitsunfähig geworden, konnte ohne Schmerzen nur kurze Strecken gehen, das Stehen wurde ihm sehr schwer und namentlich gebückt arbeiten konnte er gar nicht mehr. In diesem Zustande kam er zu mir am 2. Mai 1892, ungefähr drei Vierteljahre nach dem Unfall. Ätiologisch wurde Gonorrhoe in Abrede gestellt, der Urin war absolut rein, die Harnröhre urethroskopisch gesund, in der Pars prostatica sehr schmerzhaft, leicht blutend, gerötet, etwas verengt, für einen starken konischen Katheter (25 Fil. Charr.) durchgängig. Der Analring nicht sehr straff ausgebildet, Rektum weit, Prostata ungefähr in der Mitte gelagert, Seitenlappen beiderseits ungefähr gleich grofs, uneben höckerig, prallelastisch und sehr schmerzhaft. Auf Druck wird kein Sekret entleert. Der Kranke schob sein Leiden auf den fraglichen Unfall, ich schenkte demselben aber keinen Glauben, da mir bisher derartige Entstehungsursachen über Prostataleiden noch nicht vorgekommen waren. Ich liefs den Kranken Kamillentheesitzbäder nehmen, Kamillentheeverweilklystiere und Kataplasmen an den Damm machen — die Prostatamassage war damals noch lange nicht so allgemein üblich wie jetzt. Da die Harnröhre am Dammteile sehr schmerzhaft war, machte ich sehr vorsichtige Dehnungen mit meinem Beniqué-Dilatatorium und Höllensteinausspülungen in der Stärke von $^1/_2$ pro Tausend. Im Verlaufe mehrerer Monate verschwand die Empfindlichkeit der Harnröhre, der Schmerz im After, die Schwäche im Kreuze blieb. Ich verordnete damals gern Jodoformsuppositorien zu 0,005, wobei das Jodoform vorher in Mandelöl gelöst sein mufs; auch das brachte Erleichterung. Indessen blieb die Prostata ungefähr gleich schmerzhaft, bis durch die fortwährenden Kataplasmen und anderen erweichenden Mittel plötzlich in der Nacht unter starken Blasentenesmen eine voluminöse Blut- und Eiterentleerung durch die Harnröhre stattfand. Dies brachte dem Kranken eine aufserordentliche Erleichterung. Im Verlaufe von weiteren vier Wochen erklärte der Kranke wieder arbeitsfähig zu sein. Die Prostata war sehr zusammengefallen und viel weniger schmerzhaft, aber immer noch empfindlich. Dieser Entleerung waren eine Zeit lang Urinbeschwerden, das heifst partielle Harnverhaltungen mit Tenesmen, über welche der Kranke sonst nicht klagte, vorausgegangen, er gebrauchte zur Behebung derselben eine Zeit lang mehrere Male täglich den Katheter.

Die Behandlung hatte alles in allem ca. ein halbes Jahr in Anspruch genommen. Damit waren jedoch keineswegs alle Beschwerden erledigt.

Dieselben steigerten sich, sobald er die Arbeit wieder aufnahm, hielten sich aber in erträglichen Grenzen und verschwanden später gänzlich, um nur hier und da nach stärkeren Anstrengungen andeutungsweise wieder aufzutreten.

Neueren Nachrichten zufolge ist B. arbeitsfähig und wohl.

Ich habe während der ganzen Behandlung, weil es der erste derartige Fall war, der mir vorkam, kaum wieder an die vom Patienten angegebene Entstehungsursache gedacht und hätte dieselbe bei einer etwa auftauchenden Invaliditätsfrage in Zweifel ziehen müssen, bis mich die beiden folgenden Fälle eines Besseren belehrten. Das Krankheitsbild im allgemeinen unterscheidet sich nur wenig von dem einer gewöhnlichen Prostatitis. Allerdings kommen Abscessbildungen dabei selten vor, bei gonorrhoischer Entzündungen oder Influenza sind die Eiterungen fast stets akuter Natur.

II. E., 51 Jahre, gesunder, kräftiger Maurer, ist März 1895 beim Tragen einer Eisenschiene gestürzt und in sitzender Stellung mit ausgestreckten Beinen gefallen. Er hat sich unter starken Schmerzen nach Hause begeben und mehrere Wochen im Bette liegen müssen, da er auch nach kürzeren Gehversuchen starke Schmerzen im After bekam. Zu gleicher Zeit begann ein sich fortwährend steigernder, äufserst quälender und schmerzhafter Harndrang, konstanter Schmerz in der Eichel, besonders nach dem Urinieren und schliefslich ein fortwährender brennender Schmerz. Es ist dies ja eines der prägnantesten Symptome ausgesprochener chronischer Prostatitis. Diese Schmerzen sind, entgegengesetzt dem sonstigen Vorkommen, bei etwas angefüllter Blase erträglicher. Hier und da ist Blut im Urin, was direkt nach dem Unfall nicht der Fall war. Der Urin selbst ist bis auf einige eiterige Filamente klar, ohne Zucker und Eiweifs. Anfang Dezember 1895 sah ich den Kranken zum erstenmale. Die Beschwerden waren die oben angegebenen. Der Mastdarmbefund war folgender: das Becken mäfsig steil, schlaffe Anusmuskulatur, die Prostata sehr weit unten liegend, beiderseits ca. kleinapfelgrofs, glatte Oberfläche, weich-elastisch, sehr schmerzhaft auf Druck, die Harnröhre als tiefe Furche in der Mitte der Seitenlappen fühlbar, mittlerer Lappen nicht zu palpieren, Druck auf das Trigonum ebenfalls schmerzhaft. Der Zustand des Kranken war ein derartiger, dafs unbedingt eine Besserung geschafft werden mufste. Er war seit neun Monaten arbeitsunfähig, kam immer mehr von Kräften, der quälende und äufserst schmerzhafte Harndrang verliefs denselben Tag und Nacht nicht, 60 bis 80 mal in 24 Stunden. Es wurde daher Kastration beschlossen und von Herrn Dr. med. Georg Hesse hier Mitte Dezember 1895 ausgeführt. Dieselbe hatte eine merkwürdig schnelle Besserung im Gefolge. 14 Tage nach der Operation notierte ich: der Urindrang ist wesentlich besser, ca. 30 mal am Tage, nicht schmerzhaft, der glanduläre Schmerz ist verschwunden, hingegen

sind noch sehr störende Empfindungen im Kreuz vorhanden, die nach den Schenkeln ausstrahlen. Im übrigen fühlt sich der Kranke angeblich noch sehr kraftlos. Die Prostata ist nicht annähernd mehr so schmerzhaft, viel kleiner, in der Mitte der Seitenlappen eingesunken, also bereits atrophierend, an den Rändern noch erhaben, so dafs die Harnröhre immer noch in einer Furche liegt. Mitte Januar 1896 hat sich das Befinden wieder verändert. Der Harndrang hat sich bis auf ca. 15 bis 20 mal vermindert, es ist auch hier und da etwas Blut mit dem Urin abgegangen. Der Urin selbst gegen vorher unverändert. Der Harndrang erscheint jetzt unwiderstehlich nach stärkeren Bewegungen, beim Treppenherabsteigen, Niefsen, bei Druck auf den Nabel, die Prostatauntersuchung ruft ebenfalls Harndrang und Schmerzen in der Funikelgegend hervor. Die Drüse ist noch mehr abgeschwollen, an den Rändern noch etwas erhaben, aber viel kleiner als vor 14 Tagen. Im weiteren Verfolg verkleinert sich die Drüse in den nächsten Monaten bis unter das normale, sie ist auch nicht mehr schmerzhaft auf Druck. Hingegen klagt der Kranke über Schmerzen bei hartem Stuhl, auch soll hier und da noch manchmal Blut im Urin abgehen. Im April klagt er über Schmerzen nach Erektionen, die angeblich mehreremale die Woche nächtlich in störender Weise auftreten sollen und die der Kranke durch Urinieren, sowie Auf- und Niedergehen beseitigen mufs. Arbeitsfähig will er immer noch nicht sein.

Es fand nun weiterhin keine Besserung mehr statt. Ende Oktober klagt Pat. wieder über mehr Harnbeschwerden, er will zeitweise gar nicht urinieren können, der Harndrang hat sich wieder auf 30 bis 40 mal in 24 Stunden vermehrt. Blut ist nicht mehr dabei beobachtet worden. Prostata ganz klein und schmerzlos. Die Kystoskopie war wegen der sehr engen Harnröhre nicht möglich. Bei der Katheterisierung zeigte es sich, dafs der Kranke eine ziemliche Menge Residualharn hatte.

Am 9. Juni 1899 bestellte ich mir den E. nochmals zu einer Untersuchung. Er sieht sehr wohl aus, behauptet aber, nicht arbeitsfähig zu sein, er bezieht volle Unfallsrente, da er nach längerem Gehen und Stehen Schmerzen vom Nabel ausgehend, im Kreuze und in der linken Inguinalgegend (Funikel) bekäme. Das Urinlassen mache ihm dann auch sofort Beschwerden, im übrigen sei das Befinden hierin wechselnd, es besteht manchmal viel, manchmal wenig Drang. Er kann angeblich nicht mehr als ca. 40 bis 50 g Urin halten. Residualharn ist nicht vorhanden, merkwürdigerweise klagt er über Schmerzen bei und nach nächtlichen Erektionen in der rechten Inguinalgegend, die dann den ganzen Tag anhalten sollen. Die Erektionen sollen mehrfach in der Woche auftreten. Von der Prostata ist links überhaupt nichts mehr zu fühlen, rechts ein kleiner, kaum bohnengrofser, nicht schmerzhafter Rest.

III. N., 39 Jahre, mittelkräftiger, bis zur Zeit des Unfalles gesunder Mann, mit durchaus gesunder Beschäftigung — Waldarbeiter. Derselbe wird im Winter 1894/95 bei einer Treibjagd in einem dichten Gestrüpp stehend

von einem starken Hirsch angesprungen und zwar so, dafs das Tier ihm mit den Vorderläufen auf den Thorax annimmt und mit grofser Gewalt mit dem Gesäfs auf einen Baumstumpf wirft. Darauf anhaltender, starker Schmerz im After, zugleich aber mufste der Kranke wegen einer Rippen- und Lungenverletzung durch den Tritt des Tieres längere Zeit, zwei bis drei Monate, das Bett hüten. Während dieser Zeit entwickelten sich die Symptome einer schweren, eiterigen, chronischen Prostatitis, mit Schüttelfrösten, fortwährenden quälenden Tenesmen, blutigem, eiterigem Urin, Kreuz- und Afterschmerzen. Die Schmerzen beim Gehen und Stehen waren bei diesen Anfällen derartig, dafs ihm die Sinne vergingen. Die Beschwerden sind nicht andauernd gleich, sondern steigern sich ungefähr aller zehn bis vierzehn Tage auf mehrere Tage aufserordentlich, dabei erfolgen stark eiterige und blutige Harnentleerungen. N. bezieht volle Unfallrente. Ich sah den Mann ca. elf Monate nach der Verletzung, er machte einen äufserst herabgekommenen, absolut gebrechlichen Eindruck, ging vollkommen gebückt, da er beim Aufrichten starke Schmerzen im After bekam. Für einen kleinen Weg bis zur Eisenbahnstation, der gewöhnlich in 40 Minuten zurückgelegt wird, hatte er über 3 Stunden gebraucht. Beim Katheterisieren ist die Pars prostatica sehr empfindlich, Residualharn nicht vorhanden. Urin zucker- und eiweifsfrei, mikroskopisch nur Eiter und Blut, keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Die Prostata direkt vor der Anusöffnung liegend, Becken steil, Rektum mäfsig weit und schlaff, die Seitenlappen beiderseits prall-elastisch, aufserordentlich schmerzhaft. Die Schmerzen bei der sehr schonend vorgenommenen Untersuchung waren so stark, dafs der Kranke, als er dann ruhig auf dem Sofa lag, ca. zehn Minuten irre redete. Da Hospitalverlegung verweigert wurde, liefs ich Kamillentheebäder, Verweilklystiere und Kataplasmen an den Damm machen. Auf der Lunge nichts krankhaftes mehr nachweisbar. Nach fünf Monaten hat sich das Befinden etwas gebessert, er hat kürzere, etwas erträglichere Zeiten, aber die Schmerzen fangen nach Geh- oder Arbeitsversuchen sofort an schlimmer zu werden. Urin eiweifsfrei, Eiter aber keine Tuberkelbacillen enthaltend. Prostata links eine breite, höckerige, prall-elastische, sehr schmerzhafte Geschwulst, ungefähr zwei- bis dreimal so grofs an Umfang als der rechte Lappen, der nicht so empfindlich ist. Jodoformsuppositorien per Rektum. Nach weiteren sieben Monaten, ein Jahr nach der ersten Untersuchung, erscheint Patient wieder; er hat einen Monat lang besonders schwere, fieberhafte und schmerzhafte Zustände durchgemacht, darnach ist es etwas besser geworden, er ist aber immer noch arbeitsunfähig. Der Kranke geht jetzt noch gebückt, langsam, vollkommen breitbeinig und Schritt vor Schritt. Er läfst 50 bis 60 mal Urin am Tage, ca. 30 bis 50 gr auf einmal, stets schmerzhafter Tenesmus dabei, ein Verhalten ist unmöglich, sondern es erfolgt dann spontaner Abgang. Der Urin ist klar bis auf ein eiteriges Filament, keine Tuberkelbacillen, zum erstenmale ca. $1^1/_2$ pro Tausend Albumen nach Esbach. Die Prostata diffus geschwollen, schwer abgrenzbar, diesmal rechts ein gröfserer Tumor nachweisbar, die Palpation ist nicht mehr so schmerzhaft. Nach elf Monaten, Oktober 1897, beiläufig $2^3/_4$ Jahre

nach dem Unfalle, sah ich den Kranken wieder. Der Zustand war im allgemeinen und lokal ungefähr derselbe. Der Urin enthält immer noch ca. 1 bis 2 pro Tausend Albumen, Prostatabefund ungefähr im Gleichen, beide Seitenlappen grofs und sehr empfindlich. Starker Blasenkatarrh. Nephritische Symptome nicht nachweisbar.

Im Oktober 1899 sah ich den Kranken zum letztenmale. Sein Äufseres war besser, indessen ging er noch gebückt, breitbeinig und langsam. Er behauptet im allgemeinen weniger Beschwerden zu haben, es wäre allmählich etwas besser geworden, so dafs er den Gedanken an eine teilweise Wiederherstellung hege. Die Anfälle von akuten Prostatitiden sind nicht mehr so langandauernd, nicht mehr ganz so schmerzhaft. Immerhin rufe jede leichte Anstrengung, schon anhaltendes Gehen von $^1/_4$ Stunde, Schmerzen im After und Harndrang hervor. Die Prostata ist noch beiderseits geschwollen und sehr schmerzhaft, der Urin ist jetzt eiweifsfrei, enthält mehrere dicke, und durchsichtige Filamente, die aus Eiterkörperchen mit eingestreutem Prostataepithel bestehen.

Der Kranke hatte von vornherein jede klinische Behandlung und jeden chirurgischen Eingriff absolut abgelehnt.

Diesen drei selbst beobachteten Fällen schliefse ich das Resumé eines vierten von Kollmann-Leipzig beobachteten Falles an, den auch ich selbst zu untersuchen Gelegenheit hatte[1]).

IV. X. Y., Bremser, setzt sich im Dezember 1892 beim Verladen eines schweren Sackes mit voller Wucht aus der stehenden Stellung auf das Gesäfs auf den makadamisierten Bahnsteig. Darauf sofort starke Schmerzen im After, die ihn nötigen, acht Tage zu Hause zu bleiben. Seit dieser Zeit ist Pat. matt und appetitlos, aber beschränkt arbeitsfähig. Im Juni 1893, nach ca. sechs Monaten, wird er bettlägerig mit starkem Fieber, Hodenschwellung der einen Seite, nach mehreren Wochen auch Beginn von Prostatitis. Im Verlaufe einer schweren, sechswöchentlichen Erkrankung abscediert unter fortwährendem starken, unregelmäfsigem Fieber zuerst der eine Hode: Incision, darauf gänseeigrofser Abscefs der Prostata, Incidierung desselben vom Rektum aus. Nach Eröffnung desselben Bildung einer Anzahl kleinerer. Ablatio des an zweiter Stelle stark erkrankten Hodens und Aufhören der Prostatavereiterungen auf ca. eine halbe Woche. Alsdann erneute schwere Abscedierungen der Prostata und Abtragen des zweiten Hodens. Sofortiges Aufhören des Fiebers und Schrumpfung der erkrankten Prostata. Vier Wochen nach der Operation untersuchte ich die Prostata. Von eigentlichem Prostatagewebe läfst sich nichts mehr fühlen, an dessen Stelle ein ca. $1^1/_2$ Zoll grofses, bereits festes Narbengewebe. Der Mann soll jetzt noch arbeitsfähig und wohl sein.

---

[1]) Centralblatt Jahrg. 1896, pg. 22.



(*Aus der Poliklinik von Dr. M. Nitze in Berlin.*)

Ein gänseeigrofser Stein in einem Vaginalsacke beim Manne.

Von

Dr. Georg Kapsammer.

Der Fall, über den ich im folgenden berichte, scheint einzig in der Litteratur dazustehen.

L. C., geboren 1869, hereditär nicht belastet, machte 1872 Variola, 1879 Scarlatina, später Pneumonie durch. Bis zu seinem 12. Lebensjahre litt er an nächtlichen Bettnässen. Acht Jahre alt, war er einmal durch äufsere Umstände gezwungen, den Harnstrahl plötzlich zu unterbrechen; in unmittelbarem Anschlufs daran trat Blutharnen auf, das, ohne Beschwerden zu machen, nach 14 Tagen wieder verschwand. In seinem 9. Lebensjahre, 1878, bekam er unmittelbar nach einem Trauma eine intensive, schmerzhafte Entzündung des rechten Hodens, infolge deren er von Wilms rechtsseitig kastriert wurde. Er hatte damals keinerlei Schmerzen am Damme und auch keine Beschwerden beim Stuhlabsetzen.

Solange Patient zurückdenken kann, ist sein Harn immer trübe gewesen. Er mufste stets öfter Harn lassen, als er dies bei seinen Kollegen beobachtete, ohne dafs es ihm aber durch einen besonderen Drang oder durch Aufgewecktwerden bei Nacht lästig geworden wäre. Er verspürte nur öfters am Schlusse des Harnens ein schneidendes Brennen an der Spitze der Glans; auch bemerkte er manchmal am Schlusse des Miktionsaktes im Harne kleine, weifsliche Fetzen.

1890, in seinem 21. Lebensjahre, trat bei vollkommenem Wohlbefinden, ohne jede sichtbare Veranlassung, ohne alle Beschwerden, eine mehrere Tage dauernde Hämaturie auf. Pat. vermag über die Verteilung des Blutes im Urin nicht mehr anzugeben, als dafs er schwammige Blutgerinnsel in demselben beobachtete. — Er erinnert sich auch, dafs Kollegen ihn damals schon auf den besonders üblen Geruch seines Harnes aufmerksam machten.

Im Frühjahre 1895, in seinem 26. Lebensjahre, bemerkte Pat. wieder ein leichtes Blutharnen — ohne jede weitere Beschwerde. Dieser Zustand hatte ungefähr 8 Tage lang bestanden, als plötzlich bei einem kleinen Spaziergange eine bedeutende Hämaturie losbrach. Pat. bekam heftigen Harndrang, der sich alle 10 Minuten wiederholte, wobei fast reines, hell-

rotes Blut aus der Harnröhre flofs. Er konnte damals auch wegen Schmerzen am Perineum nicht sitzen und legte sich infolge des Blutverlustes erschöpft zu Bette. Es flofs auch, unabhängig vom Urinieren, Blut aus der Harnröhre. Der Stuhlgang war regelmäfsig ohne Schmerzen. Pat. wurde durch 3 Wochen intern, nicht lokal behandelt. Der Harn wurde wieder heller, nur in den Portionen, die am Schlusse des Miktionsaktes in einigen Absätzen entleert wurden, waren Blutgerinnsel und gelblicher Gries.

In diesem Zustande kam Patient, der eine Gonorrhoe entschieden leugnet, am 24. Mai 1895 das erste Mal in die Poliklinik.

Status präesens vom 24. V. 1895: Mittelkräftiges, etwas anämisches Individuum, an dessen inneren Organen nichts Pathologisches nachzuweisen ist. Der Penis wie der linke Hode und Nebenhode sind ganz normal entwickelt — der rechte Hode fehlt — am Perineum bestehen keine entzündlichen Veränderungen. Patient wurde damals erst darauf aufmerksam, dafs seine erste Urinportion stets klar ist, während sich die zweite trübt und die dritte erst eine kaffeesatzartige, blutiggefärbte, stinkende Flüssigkeit darstellt. Er wurde zunächst einer genauen Beobachtung unterzogen, während welcher sich folgender Befund ergab:

Keinerlei Beschwerden beim Miktions- und Defäkationsakte. Die erste Urinportion ist meist vollkommen klar, von saurer Reaktion, die zweite ist etwas trübe und am Schlufs kommt die kaffeesatzartige, jauchig stinkende, manchmal Blutgerinnsel und gelbliche Gewebsfetzen enthaltende Flüssigkeit. Dieselbe reagiert stark alkalisch und enthält rote, weifse Blutkörperchen, grofse, teilweise verfettete Plattenepithelien, Tripelphosphate, phosphorsauren, kohlensauren Kalk, Bakterien — keine Tuberkelbacillen.

Die am 29. V. 1895 vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab in der Blase normale Verhältnisse, die Falte des Orificium internum ist etwas verdickt; beide Harnleitermündungen gut sichtbar, ihre Entfernung vom Orificium urethrae internum ist sehr klein, aus beiden sieht man klaren Harn herausspritzen; nirgends eine Kommunikation mit einer etwaigen Abscefshöhle sichtbar. — Während des Spülens kommt keine Spur jener jauchigen Menge zum Katheter heraus, dagegen in dem Momente, wo das Auge des Katheters in die Pars prostatica urethrae zu liegen kommt.

Am 1. VI. 1895 wird mit dem Katheter der leicht getrübte Harn vollständig aus der Blase entleert. Bei der darauffolgenden Rektaluntersuchung fühlt man beide Prostatalappen von normaler Gröfse, derb, und zwischen ihnen, der Blase einerseits und dem Rektum andererseits eine matsche, fluktuierende Geschwulst, welche sich durch Druck leicht verkleinern läfst. — Unmittelbar nach dieser Untersuchung uriniert Patient jene trübe, blutfarbige, stinkende Flüssigkeit, welche sonst am Schlufs des Miktionsaktes entleert wurde. Mikroskopisch sind darin enthalten: reichlich rote Blutkörperchen, Eiterkörperchen, grofse, teils verfettete, teils nekrotische Plattenepithelien, Bakterien, Tripelphosphate, kohlensaurer, phosphorsaurer Kalk.

Mitte August desselben Jahres wurde wieder eine eingehende Unter-

suchung vorgenommen: Mittelst eines Nelatonkatheters Nr. 7 wird vollständig klarer Harn aus der Blase entleert, dieselbe mit Borsäure ausgespült und wieder vollkommen leer gemacht. Hierauf wird vom Rektum aus versucht durch Druck mit dem Finger die fluktuierende Geschwulst zu entleeren, während der Katheter liegen bleibt; dabei entleert sich nichts aus dem Katheter oder neben demselben. Nach der Entfernung desselben uriniert Patient ohne jede Anstrengung 75 cm³ jener trüben, jauchigstinkenden Flüssigkeit, in welcher Harnstoff nachgewiesen wird.

Während dieser vier Monate bestanden keinerlei entzündliche Erscheinungen und keine besonderen Beschwerden beim Harnlassen.

Da sich Patient damals zu einer Operation nicht entschliefsen konnte, wurde ihm eine weitere exspektative Behandlung empfohlen.

Es trat nun in der Beobachtung eine Pause von $2^1/_2$ Jahren ein.

Während dieser Zeit befand sich Patient ganz wohl und ging ungestört seinem Berufe als Lehrer nach. Nur im Frühjahre 1897 trat wieder ohne Veranlassung und ohne Schmerzen eine Hämaturie auf, die 4—6 Tage lang dauerte. Im übrigen beobachtete er immer den gleichen Zustand, dafs nämlich am Schlufs des Urinierens eine trübe, stinkende Flüssigkeit kam, die ab und zu kleine Gewebsfetzen oder gelbliche Sandkrümel enthielt.

Patient heiratete in dieser Zeit auch, übte in ganz normaler Weise den Coitus aus, zeugte aber bisher keine Kinder. Die Spermaflüssigkeit enthielt niemals Blut, doch fiel ihm wiederholt der üble Geruch derselben auf.

Er stellte sich nun neuerdings am 22. I. 1898 vor: Die Blase wurde selbstständig vollkommen entleert; die erste Portion war klar, dann trübte sich der Harn, bis am Schlusse wieder absatzweise die trübe, jauchige Flüssigkeit entleert wurde. Die Rektaluntersuchung ergab an Stelle der Prostata eine übergänseeigrofse, leicht höckerige, sich steinhart anfühlende, beim Drucke vollkommen unempfindliche Geschwulst, über der die äufserst verdünnte Rektalschleimhaut frei beweglich war.

Patient entschlofs sich am 3. III. 1898 zur Operation (Dozent Dr. Nitze): In Chloroformnarkose halbmondförmiger Schnitt vor dem Anus. Ablösung des Rektums und Freilegung des Tumors. Nachdem die Wand desselben eröffnet ist, wird aus ihm ein übergänseeigrofser Stein gezogen. Behufs mikroskopischer Untersuchung wird ein Stück der Kapsel excidiert. Die Ränder derselben werden mit der äufseren Haut vernäht und die so gebildete Höhle mit Jodoformgaze tamponiert.

Unmittelbar nach der Operation konnte Patient 12 Stunden lang den Urin in der Blase zurückhalten. Beim willkürlichen Harnlassen flofs in den ersten fünf Wochen alles durch die Fistel heraus. Wurde dabei aber auf den Damm ein Druck ausgeübt, so flofs der Harn durch die Harnröhre ab. Der Urin war damals klar.

Im April 1898 wurde Patient einer Sondenbehandlung unterzogen, wobei man von Sonde Nr. 18 (Charrière) auf Sonde Nr. 25 kam. Zwei Monate nach der Operation hatte sich die Fistel so weit geschlossen, dafs nur manchmal wenige Tropfen beim Harnlassen aus derselben abgingen.

Der durch die Harnröhre entleerte Urin war anfangs ganz klar, trübte sich aber dann wieder und am Schlusse des Miktionsaktes wurde zu dieser Zeit wieder eine übelriechende, dicke, trübe Flüssigkeit entleert. Es wurden weiter noch Spülungen der Blase und Harnröhre vorgenommen.

Im Oktober 1898 entzog sich Patient der Beobachtung und verbrachte 13 Monate in der Ausübung seines Berufes ohne jede Therapie, bei vollkommenem Wohlbefinden.

Anfangs November 1899 kam er zum drittenmale in die Behandlung.

Es hatte sich wieder der gleiche Zustand wie in früherer Zeit etabliert, überdies sickerte beim Miktionsakte stets etwas Harn durch die Fistelöffnung ab.

Deshalb unterzog sich Patient am 10. XI. 1899 einer zweiten Operation. In Chloroformnarkose wurde ein Pararektalschnitt gemacht und zunächst das Rektum weit hinauf freipräpariert. Die Fistelöffnung wurde stumpf erweitert, worauf man mit dem Finger in eine Höhle gelangte, deren Wand zunächst ringsherum freipräpariert wurde. Dieser Sack, der Länge nach aufgeschlitzt, bot ein Bild, das ganz analog war der zwischen Urethra und Rektum liegenden Vagina. Die Höhle hatte ein Lumen, das der Gröfse des vor 13 Monaten entfernten Steines entsprach und schien mit stellenweise schwielig verdickter Schleimhaut ausgekleidet. Während der Präparation wurde die Urethra an der Stelle der Einmündung des Sackes in der Pars prostatica etwas eingerissen. Der Sack wurde bis auf seine Kuppe exstirpiert. Diese mitzunehmen war nicht möglich, weil sie hoch bis gegen die Ureterenmündungen hinaufreichte und die respiratorischen Bewegungen des Peritoneum prompt mitmachte, so dafs man einer Eröffnung desselben wegen der Gefahr einer jauchigen Infektion vorbeugen mufste. Diese Kuppe wurde mittelst des Thermokauter verschorft, der Spalt in der Pars prostatica angefrischt und über einen weichen Katheter vernäht; die Wundhöhle tamponiert. — Von der Prostata war bei der Operation mit Sicherheit nichts nachzuweisen.

Bei dem drei Tage nach der Operation vorgenommenen Verbandwechsel flofs wieder Harn neben dem Katheter in das Wundbett; auch bestand in den ersten Tagen, sobald Opiummedikation ausgesetzt wurde, Incontinentia alvi. Bald wurde jedoch der Stuhl wieder vollkommen gut gehalten, die Wundhöhle granulierte schön aus.

Gegenwärtig — zwei Monate nach der Operation — besteht noch eine geringfügige, am vorderen, etwas eingezogenen Rande des Anus mündende Fistel, welche vielleicht noch einen operativen Eingriff erheischen wird. Die Harnentleerung wie der Harn selbst sind vollkommen normal.

Der Stein, der bei seiner Extraktion vor 1$^1/_2$ Jahren — infolge des Wassergehaltes — gröfser und schwerer war, wiegt jetzt 162 g. Er hat die Gröfse eines Gänseeies, dabei die Form eines flachen Ovoides; seine längere Achse beträgt 7 cm, die

kürzere 6 cm, der der längeren Achse entsprechende Umfang 19 cm; der darauf senkrechte Querschnitt mifst in seiner Peripherie 17 cm; die eine gröfsere Fläche und die Ränder des Ovoides sind vollkommen glatt, die andere Fläche ist etwas rauh — körnig. Durchschnitten wurde der Stein nicht; die Oberfläche besteht aus phosphorsaurem Kalk.

Die histologische Untersuchung des Sackes, die Herr Professor O. Israel zu kontrollieren die Güte hatte, ergiebt die Charaktere der äufseren Haut. Eine mächtige Hornschicht mit Stratum Malpighii, ein Corium mit sehr schön entwickeltem Stratum papillare, mit elastischen Fasern, ohne Drüsen und Follikel. Unterhalb des Corium findet sich eine mächtige Lage glatter Muskelfasern, die innen gröfstenteils cirkulär, aufsen longitudinal angeordnet sind.

Der histologische Aufbau, die Lage des Gebildes, wie seine Einmündung in die Pars prostatica sprechen unzweideutig dafür, dafs es sich um einen wirklichen Vaginalsack handelt. Das Stratum papillare spricht entschieden gegen die Annahme, dafs eine Granulationshöhle von aufsen her mit Epithel überwuchert worden sei — übrigens wurden auch schon an dem bei der ersten Operation excidierten Stückchen Plattenepithelien nachgewiesen — wie auch gegen die zweite Möglichkeit, dafs sich das Cylinderepithel eines erweiterten Sinus pocularis infolge der entzündlichen Erscheinungen in Plattenepithel umgewandelt hätte. Die mächtige Schicht glatter Muskulatur erklärt auch vollkommen die Erscheinung, dafs der Patient nach der vollständigen Entleerung der Harnblase ohne jede Anstrengung der Bauch- oder Dammmuskulatur die jauchige Flüssigkeit aus diesem Sacke entleerte. Es fand eine selbständige Kontraktion der Muskulatur dieses Sackes statt.

Beim Miktionsakte sammelte sich immer Harn in demselben an; es kam zur Zersetzung und Steinbildung. Mit dem Wachsen des Steines dehnte sich der Sack aus und veranlafste eine Atrophie der benachbarten Prostata. — Auffallend erscheint noch, dafs der grofse Stein dem Patienten keinerlei Beschwerden machte.

Die entwickelungsgeschichtliche Seite des Falles betreffend kommen wir in ein viel umstrittenes Gebiet — in den Sinus pocularis prostatae.

Jedenfalls widerlegt diese Beobachtung neuerlich die Ansicht Webers[1]) und Bergmanns, dafs der gröfser gebliebene Sinus pocularis beim Manne nur einem Uterus entspreche.

Sie beweist vielmehr die Richtigkeit der von Malacarne 1802 angedeuteten, von Steglehner,[2]) Meckel[3]) und Leuckart[4]) begründeten Ansicht, dafs derselbe dem Uterus + Vagina gleichkomme. Leuckart giebt überdies der Meinung Ausdruck, dafs insofern nur der unterste Abschnitt als kleines Bläschen bestehe, dieses natürlich nur der Vagina entspreche. Im Widerspruche mit dieser letzteren Ansicht steht nur der Umstand, dafs der Sinus pocularis normalerweise mit Cylinderepithel ausgekleidet ist.

Setzen wir nun voraus, wie eine Reihe von Autoren[5]) angeben, dafs sowohl Vagina wie Uterus aus den vereinigten

---

[1]) Weber, „Zusätze zur Lehre von dem Bau und den Verrichtungen der Geschlechtsorgane". Abhandlung der Fürstl. Jablonowskischen Gesellschaft. Leipzig 1846.

[2]) Steglehner, „De hermaphroditorum natura", 1817.

[3]) H. Meckel, „Zur Morphologie der Harn- und Geschlechtswerkzeuge der Wirbeltiere", Halle 1848.

[4]) R. Leuckart, „Das Webersche Organ und seine Metamorphosen". Illustrierte medizinische Zeitung, I, 1852.

[5]) Th. Bischoff, „Entwickelungsgeschichte der Säugetiere und des Menschen", 1842.

Leuckart, l. c. pag.

Thiersch, „Bildungsfehler der Harn- und Geschlechtswerkzeuge eines Mannes". Illustrierte medizinische Zeitung, I, 1852.

A. Kölliker, „Entwickelungsgeschichte des Menschen", 1861.

L. Fürst, „Über die Bildungshemmungen des Uterovaginalkanales". Monatsschrift für Geburtskunde, XXX, 1867.

H. Dohrn, „Über die Müllerschen Gänge und die Entwickelung des Uterus". Monatsschrift für Geburtskunde, XXXIV, 1869.

Nagel, „Über die Entwickelung des Uterus und der Vagina beim Menschen". Sitzungsbericht der k. preufs. Akademie der Wissenschaften in Berlin 1890, Nr. XXVII.

Ackeren, „Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der weiblichen Sexualorgane des Menschen". Zeitschrift f. wissenschaftliche Zoologie, 1889, XLVIII.



Müllerschen Gängen entstehen, dafs ferner, wie Tourneux[6]), Legay[6]) und Nagel[7]) annehmen, eine Differenzierung des Epithels dieser vereinigten Müllerschen Gänge in Plattenepithel der Vagina und cylindrisches Uterusepithel schon sehr frühzeitig bestehe, so müssen wir den Umstand, ob der Sinus pocularis einer rudimentären Vagina oder einem rudimentären Uterus entspricht, davon abhängig machen, ob die Involution des Organes zu einer Zeit beginnt, wo die Metaplasie des Epithels im untersten Teile schon vor sich gegangen war oder nicht. Hat diese Differenzierung schon stattgefunden, so entsteht bei Rückbildung des Organes eine rudimentäre Vagina; hat aber die Differenzierung zur Zeit der beginnenden Involution noch nicht stattgefunden — und dieses Verhalten entspricht der Norm — so restiert aus dem Organe der Uterus masculinus von Weber.

Stellt man sich auf den von Johannes Müller[8]), Valentin[9]), Lilienfeld[10]) und Rathke[11]) vertretenen, gegenwärtig wohl ziemlich allgemein verlassenen Standpunkt, dafs die Vagina einer Einstülpung des Sinus urogenitalis entspreche, so wären die diesbezüglichen Überlegungen ganz ähnliche.

Wie bei Karnivoren und Wiederkäuern nach den eingehenden Untersuchungen Webers[12]) die Müllerschen Gänge als gröfsere am Grunde der Blase hinaufreichende, der Scheide und dem Uterus mehr oder weniger ähnliche Bildungen restieren, so kommen auch beim Manne derartige Säcke als Mifsbildungen vor.

Zunächst kommen eine Reihe von meist männlichen Hermaphroditen in Betracht, die von Steglehner[13]), Theile[14]), Bar-

---

[6]) Tourneux et Legay, „Mémoire sur le développement de l'uterus et du vagin". Journal de l'anatomie et de la physiologie, XX, 1884.

[7]) Nagel, l. c. pag.

[8]) Johannes Müller, „Bildungsgeschichte der Genitalien". Düsseldorf 1830.

[9]) Valentin, „Handbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen". Berlin 1835.

[10]) Lilienfeld, „Beiträge zur Morphologie und Entwickelungsgeschichte der Geschlechtsorgane". Marburg 1856.

[11]) Rathke, „Entwickelungsgeschichte der Wirbeltiere", 1861.

[12]) G. H. Weber, l. c. pag.

[13]) Steglehner, l. c. pag.

[14]) Theile, „Anatomische Untersuchung eines Hypospadiaeus". Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1847.

kow[15]), Blackmann[16]), Meyer[17]), Franque[18]), Gunckel[19]), Gruber[20]), Crecchio[21]), Heppner[22]), Eppinger[23]), Klotz[24]), Schattok[25]) beschrieben sind. Bei allen diesen war der Penis mehr oder weniger verkümmert, meist bestand Hypospadie, Prostata war vorhanden und in die Pars prostatica mündete ein Vaginalsack mit oder ohne Uterusanhang.

Nur in dem Falle von Klotz fehlte die Prostata und es fanden sich 3 cm vom Orificium vesicae entfernt in der Urethra 2 Öffnungen, von denen die linke in ein Vas deferens, die rechte aber in einen 9 cm langen mit Plattenepithelien ausgekleideten, vaginalen Schlauch führte, der weiter in einen spindelförmigen Flimmerepithel tragenden Uterinschlauch überging.

Ähnlich dieser Beobachtung sind auch die von Acker-

---

15) Barkow, „Über einen wahren menschlichen Hermaphroditen". Anatomische Abhandlungen, Breslau 1851.

16) Blackmann, „Remarques sur l'hermaphroditisme". Journal de connaiss. méd. chir. 1853. Canstatts J. B. 1854, IV.

17) H. Meyer, „Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis". Virchows Archiv, 1857, XI.

18) v. Franque, „Beschreibung eines Falles von sehr hoher Entwickelung des Weberschen Organes". Scanzonis Beiträge zur Geburtshilfe, IV, 1858.

19) Gunckel, „Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus femininus". Dissertation Marburg.

20) W. Gruber, Mém. de l'academ. imp. des Soc. de St. Petersbourg. T. 1, 1859.

21) Crecchio, „Ein Fall von Hermaphroditismus". Wiener med. Presse 1866.

22) C. L. Heppner, „Über den wahren Hermaphroditismus beim Menschen". Archiv. f. Anatomie u. Physiologie 1870.

23) Eppinger, „Pseudo-Hermaphroditismus masculinus internus". Prager Vierteljahrsschrift f. praktische Heilkunde, Bd. 125, 1875.

24) H. Klotz, „Extraabdominale Hystero-Cystoviotomie bei einem (wahren) Hermaphroditen". Archiv f. klinische Chirurgie 1879.

25) Schattok J. G. „A Specimen of incomplete ‚transverse' Hermaphroditisme in the female with a note on the male hymen". Path. Transact. 1890.

mann[26]), Petit[27]), Hyrtl[28]), Adams, Betz[29]), Leuckart[30]), Nuhn[31]) und Tolmatschew[32]) beschriebenen Fälle. Hier handelt es sich nicht um eine ausgesprochene Vagina, sondern um häutige, in der Pars prostatica einmündende Säcke (in dem Falle von Tolmatschew wurden Plattenepithelien und glatte Muskelfasern nachgewiesen) oder um mehr dem Uterus gleichende Gebilde.

Langer[33]) fand bei einem 63 jährigen Manne einen hinter dem erweiterten Sinus pocularis abgesackten 7 Zoll langen Uterus bicornis. Eine ähnliche Beobachtung machte W. Gruber[34]). Englisch[35]) beschreibt bei einem 40 jährigen Manne über dem hinteren, oberen Rande der Prostata eine birnförmige, 1,3 cm lange, mit Pflasterepithelien ausgekleidete Cyste, von welcher ein Strang zwischen den Ductus ejaculatorii in die Prostata eindringt und sich in dem Gewebe des Colliculus seminalis verliert.

Englisch beschreibt noch einige solche Cysten und führt dieselben, je nach ihrer Lage auf Reste Müllerscher oder Wolfscher Gänge zurück.

Wir haben jetzt eine ganze Reihe von Mifsbildungen überblickt, angefangen von einem vollkommenen in die Pars prosta-

---

[26]) Ackermann, „Infantis androgyni historia". Jenae 1805.

[27]) Petit — bei Meckel, Archiv. f. d. Physiologie, von Reit und Autenrieth 1812, XI, pag. 314, falsch citiert.

[28]) Hyrtl, „Eine unpaarige Höhle der Geschlechtsorgane und nebst Mangel der Samenbläschen im Manne". Österreichische med. Wochenschrift 1841, IV.

[29]) Betz, „Über den Uterus masculinus." Archiv f. Anatomie und Physiologie 1850.

[30]) R. Leuckart, „Das Webersche Organ und seine Metamorphosen". Illustrierte mediz. Zeitung, I, 1852.

[31]) Nuhn, „Beschreibung eines Hermaphroditen". Illustrierte mediz. Zeitung, III, 1855.

[32]) Tolmatschew, „Ein Fall von semilunaren Klappen der Harnröhre und von vergröfserter Vesicula prostatica". Virchows Archiv 1870, Bd. 49.

[33]) K. Langer, „Uterus masculinus eines 63 jährigen Mannes". Zeitschrift der k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien 1855, XI.

[34]) W. Gruber, „Anatomische Notizen". Virchows Archiv 1876, 67. Bd.

[35]) J. Englisch, „Über Cysten an der hinteren Blasenwand bei Männern". Medizinische Jahrbücher 1874.

tica einmündenden Vaginalsacke bis zu Cystenbildungen in dieser Gegend. Alle diese Gebilde haben die gleiche Genesis.

Dafs es in dem von mir beschriebenen Falle in dem Vaginalsacke zur Harnretention und Steinbildung kam, mag seinen Grund haben 1. in der ursprünglichen Gröfse des Sackes, 2. in seiner Einmündungsöffnung und 3. auch in dem Umstande, dafs — im Gegensatze zu den gleichen Bildungen bei Hermaphroditen — der Harn bei dem Durchfliefsen durch die ganz normal lange Urethra um so leichter in den Sack aberrierte. Die Blutungen, die vier mal auftraten, dürften mit Varikositäten oder Ulcerationen in dem Sacke in Zusammenhang zu bringen sein — in keinem Falle sind sie als Menstruationsblutungen aufzufassen, da ja aufser der Vaginalbildung keinerlei Zeichen eines Hermaphroditismus bei dem Patienten bestanden.

Ähnlich diesem Falle ist ein von Naumann[36]) operierter. Es wurde bei einem 13jährigen Knaben ein haselnufsgrofser Stein aus einem in der Pars prostatica gelegenen Urethraldivertikel entfernt.

Diese Steine haben mit den eigentlichen Prostatasteinen nichts zu thun. Letztere kommen meist multipel, in geringerer Gröfse vor, können aber schliefslich infolge der Atrophie der Prostata auch in einem Sacke liegen, dessen Wände jedoch noch von mehr oder weniger verändertem Prostatagewebe gebildet sind. Selten finden sich Solitärsteine in der Prostata eingebettet. So entfernte Samuel Hey[37]) einen 11 Unzen, 2 Drachmen, 2 Skrupel (320 g) schweren, aus Harnsäure und oxalsaurem Kalk bestehenden Stein aus einer Tasche, welche die Stelle der gröfstenteils geschwundenen Prostata einnahm. Ferreri[38]) entfernte einen 102 g schweren, Goyrand[39]) einen hühnereigrofsen Prostatastein. Ähnliche Beobachtungen stammen von

---

36) Naumann, „Lithiasis prostatica". Iva Stensnitt. Hälsa. Hygiea. Jahresbericht Virchow-Hirsch, XX, 1885.

37) Samuel Hey, British Medical Journal 1863. Referat: Archiv f. klinische Chirurgie, VIII, 1867.

38) Ferreri, „Voluminoso calculo della prostata". Lo sperimentale 1886.

39) Goyrand, erwähnt in Socins Krankheiten der Prostata.



Chassaignac[40]), von Livingstone[41]) 1771, von Gooch[41]) 1777, von Barker[41]) 1847, von Fergusson[41]) 1848 und von Werner[41]).

Eine ähnliche Entstehungsweise eines Steines, wie in dem von mir beschriebenen Falle, finden wir bei Levin[42]) und bei Guyon[42]). Levin berichtet über einen, 13 cm im Umfange betragenden Phosphatstein, der während sechs Jahren nach einer Dammverletzung mit Zerreifsung der Harnröhre und Fistelbildung unterhalb der Prostata in der Gegend der Pars membranacea entstanden war. Heresco[43]) berichtet aus der Guyonschen Klinik über einen Fall, wo bei einer Strikturbehandlung nach einer Gonorrhoe eine Harninfiltration in der Perinealgegend mit konsekutiver Fistelbildung eintrat und wo sich ebenfalls im Laufe von 3 Jahren in einer frei mit der Urethra zusammenhängenden Höhle des linken Prostatalappens 5 kleinere und ein haselnufsgrofser Stein gebildet hatten. In dem von mir beschriebenen Falle kam der 162 g schwere Stein innerhalb von $2^1/_2$ Jahren zur Entwickelung.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Dozenten Dr. Nitze meinen ergebenen Dank aus für die Überlassung des Falles wie für die freundliche Unterstützung bei seiner Bearbeitung.

---

[40]) Chassaignac, Gaz. des Hôp. 1843.

[41]) citiert in Thompsons „The diseases of the prostate", 1883.

[42]) Levin, „Calcul de la région membraneuse de l'uretre à la suite de contusions sur le perinée. Annales de la société de Chirurgie 1893. Ref. Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1894.

[43]) Héresco, „Des calcules de la région prostatique". Annales des maladies des org. g.-u. 1899, I. Heft.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Eine neue Reaktion zum Nachweis der Acetessigsäure im Harn. Von Arnold. (Wien. klin. Wchschr. 1899, Nr. 20.)

Man bedarf zweier Lösungen:

a) Paramidoacetophenon; 1 gr wird in 80—100 ccm destillierten Wassers mit Hilfe von tropfenweis zugesetzter Salzsäure unter starkem Schütteln gelöst. Man setzt dann noch so viel konzentrierte Salzsäure tropfenweis hinzu, bis die anfangs gelbe Lösung fast wasserklar geworden ist (ein Überschufs von Salzsäure soll vermieden werden).

b) 1°/₀ Lösung von Natr. nitrosum.

a und b sind haltbar. Man mischt 2 Teile a mit 1 Teil b. Zum Reagenz giebt man gleichviel oder etwas mehr des zu untersuchenden Harns, und setzt unter Schütteln 2—3 Tropfen starken Ammoniaks hinzu. Alle Harne werden jetzt braunrot. Auf 1 ccm des rotbraunen Harns bringt man im Spitzglas 10—12 ccm konzentrierte Salzsäure: ist Acetessigsäure im Harn, so färbt sich diese Mischung prachtvoll purpurviolett.

Die Reaktion ist eine Diazoreaktion; Verf. weist nach, dafs die übrigen Diazoreaktionen zum Nachweis pathologischer Harnbestandteile anders verlaufen.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

L'acétonurie physiologique. Von G. Milian. (La Presse Méd. Nr. 74, 16. Sept. 1899.)

Gestützt auf die Arbeiten von Jaksch und Argenson vertritt M. die Annahme, dafs der gesunde Mensch Aceton im Urin ausscheidet; die Quantität schwankt zwischen 0 g und 0,05 g und zwischen 0 g und 0,33 g, im Mittel zwischen 0 g und 0,17 g im Liter Urin, sie ist im Nachturin höher, die Ernährung zeigt keinen wesentlichen Einflufs, zweifellos ist sie hauptsächlich individuellen Schwankungen unterworfen; Äther und Chloroformnarkose vermehren gewöhnlich die Ausscheidung von Aceton im Urin nicht.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Indicanurie, vor allem deren Vorkommen während Gravidität und Puerperium. Von Olive. (Thèse de Paris 1899.)

Das Erscheinen von Indican im Urin steht immer im Zusammenhang mit der Bildung von Indol im Verdauungstraktus. Unabhängig von Verdauungsstörungen findet man Indicanurie bisweilen als Symptom bei schweren

akuten und chronischen Erkrankungen, die zu einer Veränderung in der Blutzusammensetzung führen. Bei Schwangeren kommt Indicanurie bei $^1/_5$ der Fälle vor; sie ist hier wahrscheinlich durch Verdauungsstörungen bedingt. Sie kann plötzlich verschwinden und sich in den ersten Tagen des Puerperiums beträchtlich vermehren. Die begleitenden Symptome können ganz bedeutungslose, aber auch sehr schwere sein.

Dreysel-Leipzig.

Über die Beziehungen der sog. harnsauren Diathese zur Leukämie. Von Ebstein. Virchows Archiv 154, 2, S. 349—362.

E. kommt zur Kennzeichnung des Zusammenhangs zwischen Leukocyten und Harnsäurebildung auf einige Fälle von Kombination der Urolithiasis mit Leukämie zurück, welche er 1884 und 1888 veröffentlicht hatte. Aufser diesen sind nur von Virchow und von Gowers analoge Fälle beigebracht worden. Noch seltener ist das Zusammentreffen von Gicht und Leukämie. E. hat solches selbst nicht beobachtet und nur 3 Fälle referiert gefunden. In einem Fall war zuerst die Gicht vorhanden, später kam die Leukämie; in den beiden anderen folgte allerdings die Gicht der Leukämie; doch mufs dies als Zufall angesehen werden, da kein Bindeglied zu finden ist zwischen dem primären Ausfall der Harnsäure in den Gelenken und dem Abbau der Leukocyten im Blut unter Bildung von Harnsäure. Wohl aber könnte die bei Leukämie exorbitant vermehrte, und wohl infolge der gesteigerten Leukocytose vermehrte Ausscheidung der Harnsäure, da sie ja die Nieren und Harnwege passiert, hier zur Bildung von Harnsäureinfarkten und Uratkonkrementen Anlafs geben, in den Fällen nämlich, wo sie in den Nieren oder Harnwegen die zur Bildung von Konkrementen notwendige eiweifsartige Grund- bezw. Kernsubstanz vorfindet.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über Bakteriurie. Von Warburg. (Münch. med. Wchschr. 1899, Nr. 29.)

Bei einem im übrigen gesunden Manne von 54 J. beobachtete W. eine unter Schüttelfrost auftretende, 3 Tage mit Fieber, dann ohne Fieber verlaufende Bakteriurie. Gonorrhoe oder Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane hatten nie bestanden. Der Harn war sauer, trübe, ohne Cylinder, ohne Leukocyten; der steril mit Katheter entnommene Urin enthielt in grofsen Massen und ausschliefslich das Bact. lactis aerogenes. Salol, mehrere Tage hindurch in grofsen Mengen eingenommen, beseitigte die B. nicht, wohl aber Urotropin 3mal tgl. 0,5. W. nimmt an, dafs hier die B. vom Darm ins Blut (daher das Fieber) vom Blut durch die Nieren in den Harn gelangt seien.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

On the presence of the typhoid bacillus in the urine. Von M. W. Richardson.

R. konnte im Urin von 30 Typhuskranken Bacillen in grofser Menge nachweisen. Sie erscheinen erst gegen das Ende der Krankheit und sind bisweilen noch vorhanden, wenn alle anderen Symptome bereits geschwunden

sind. Der Urin bei Typhuskranken stellt also jedenfalls eine gefährliche Infektionsquelle dar, und sollte ebenso wie die Stühle desinfiziert werden. Irrigation der Blase mit schwacher Sublimatlösung genügte in einem Falle zur raschen Beseitigung der Bacillen. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. Von Rothmann und Nathansohn. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. 1899, 32, 1. (Münch. med. Wchschr. Nr. 29.)

Das hysterische Mädchen spritzte sich längere Zeit Milch in die Blase und täuschte so die Existenz einer Chylurie vor.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Des hématuries essentielles. Von A. Malherbe et F. Leguen. (Association française d'urologie 19. Okt. 1899.)

„Es giebt keine genuine Hämaturie" — ist der Schlufs der sehr interessanten Studie, welche alles, was in der Litteratur zu finden war, in die Gruppen rubriziert:

1. Ausschliefslich klinische Beobachtungen.
2. Anatomische Beobachtungen, bei denen Krankheitsherde gefunden.
3. Anatomische Beobachtungen, bei denen solche nicht gefunden wurden.

Mit der medizinischen Behandlung ist bisher wenig erreicht worden. Von den chirurgischen Eingriffen ist zunächst die Nephrotomie am Platze, und, wenn diese auf die Ursache der Blutung führt, bei wahrscheinlicher Intaktheit der anderen Niere, gegebenen Falles die Nephrektomie der einzige Eingriff zur Beseitigung der Blutung. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Paroxysmal hemoglobinemia; report of a case. Von Ph. Roy. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 2. Sept.)

Die Hämoglobinurie, die unabhängig von akuten Erkrankungen und Vergiftungen auftritt, beginnt mit ganz bestimmten klinischen Symptomen und zwar meist in Anschlufs an Erkältungen und Überanstrengungen. Verf. bespricht einen diesbezüglichen Fall, der eine 60jährige Frau betrifft. Die Erkrankung begann mit Frostgefühl, Kopfschmerz, Erbrechen, Schmerzhaftigkeit der Muskeln, vor allem der des Nackens. Der Urin hatte eine dunkle Farbe, das specif. Gewicht betrug 1022, die 24stündige Menge 1500 g. Dreysel-Leipzig.

La polyurie simple est toujours une expression de dégénérescence. Von Luigi Scabia. (Revista di patologia nervosa e mentale 1899, Vol. IV.)

Verf. erläutert an einem Falle, dafs die Polyurie immer ein Zeichen von Degeneration sei und bei Hysterischen nur deshalb häufig beobachtet wurde, weil diese fast immer degeneriert sind.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Der Charakter des Urines beim Febris intermittens. Von Hitzig. (Deutsches Arch. f. kl. Med. 1899, 9. Febr.)

Verf. hat den Urin bei 6 Fällen von Intermittens vor, während und

nach den Fieberanfällen untersucht. Er fand, dafs während des Fiebers die Menge vermehrt, das specifische Gewicht vermindert ist. Die Gesamtmenge des mit dem Urin ausgeschiedenen Stickstoffes ist während des Fieberanfalles gleichfalls vermehrt; der Harnstoff zeigt ein ganz analoges Verhalten. Ammoniak findet sich während des Fiebers gleichfalls in vermehrter Menge, bisweilen hält diese Vermehrung auch nach Schwinden des Fiebers noch an. Harnsäure verhält sich analog dem Stickstoff. Von Natron und Kali findet sich während des Anfalles bisweilen 10—16 mal mehr als normal. Auch die Chloride zeigen starke Vermehrung, werden aber in der fieberfreien Zeit in verminderter Menge ausgeschieden. Phosphate sind während des Fieberanfalles stark vermindert; die Verminderung beginnt, bevor die Temperatur zu steigen anfängt. Dreysel-Leipzig.

Die Bremersche Blutreaktion beim Diabetes mellitus. Von Hartwig. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1899, 9. Febr.)

H. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dafs die Bremersche Reaktion beim Diabetes konstant zu finden ist, dafs man sie aber gelegentlich auch bei anderen Erkrankungen beobachten kann. Sie ist bedingt durch eine chemische Reaktion, verursacht durch Hämoglobin und Traubenzucker; Bedingung ist jedoch, dafs letzterer mindestens in Mengen von 0,15—0,2 % vorhanden sein mufs. Dreysel-Leipzig.

De la glycosurie dans l'intoxication par l'atropine. Von F. Raphael. (D. med. Wochenschrift 1899, Nr. 28)

Ein akuter Vergiftungsfall bei einem 28jähr. Manne, der aus Versehen 20 Tropfen einer Atropinlösung verschluckt hatte, war nach 24 Stunden unter Morphiuminjektionen und Magenauspülungen genesen. Die Prüfung des Urins ergab 0,4 ‰ Zuckergehalt, obgleich der Kranke seit 12 Stunden nichts genossen hatte; am 2. Tage nach dem Unfall, nach Genufs von 100 g Syrup Ausscheidung von 13,2 g Zucker; dann keine Zuckerausscheidung mehr trotz Einverleibung von 100 g Mehl.

Versuche an Kaninchen liefsen auch die Einwirkung von Atropin auf Zuckerausscheidung feststellen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Zuckerbildung aus Eiweifs sprach F. Blumenthal im Berlin. „Verein für innere Medizin" am 6. XI. 99 (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 47). Die Versuche von Landwehr, Mehring, Minkowski u. a. aus welchen die betr. Autoren auf die Möglichkeit der Zuckerbildung aus Eiweifs im tierischen Organismus geschlossen haben, hält B. für nicht beweisend. Alle Nucleoproteïde enthalten eine Pentose und zwar ist es die Nucleïnsäure, an welche diese Kohlehydratgruppe gebunden ist. Wenn also Mehring und Minkowski an glykogenfrei gemachten Tieren noch Zuckerbildung konstatieren konnten, so braucht die Quelle dafür nicht das Eiweifs zu sein, sondern derselbe kann von oben genannter Kohlehydratgruppe herrühren. Vortr. gelang es, aus Ovalbumin, das er durch ein besonderes Reinigungsverfahren von anhaftenden Kohlehydraten befreit hatte, eine reduzierende Substanz abzuspalten, welche ein Osazon liefert von demselben Schmelzpunkt als Traubenzucker. Paul Cohn-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

Über Enteroptose hat in der Magdeb. med. Ges. 1899. (Münch. med. Wchschr. 1899 Nr. 35) eine gröfsere Diskussion stattgefunden, welche deshalb besondere Würdigung verdient, weil Chirurgen, Interne, Gynäkologen, Andrologen ihre Ansichten und Erfahrungen zur Kenntnis brachten, u. a. Curschmann, Friedrich. Als Ergebnis kann man, ohne auf die im Original einzusehenden Einzelauffassungen einzugehen, die Übereinstimmung darüber bezeichnen:

1. Die Wanderniere ist meistens Teilerscheinung allgemeiner Enteroptose, in einzelnen Fällen ohne letztere vorhanden, analog die Genitalptose für Frauen bald Teilleiden, bald alleiniges Leiden.

2. Entbindungen, Abmagerungen, Traumen sind als „excitierende" Ursachen aufzufassen; die Disposition ist präexistent.

3. Die chirurgische Korrektur der Lageveränderung allein führt selten zur Heilung; es kommt vor, dafs die Lageveränderung an und für sich symptomlos bleibt, und dafs sie nach Heilung der Beschwerden fortbesteht.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über Wanderniere. Von Büdinger. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. IV, Heft 3.)

Über die normale Lage und Beweglichkeit der Nieren sind bekanntlich die Ansichten sehr verschieden. Verf. fand an der Hand von 60 Leichenuntersuchungen, dafs die Nieren dabei nur 11mal fest, sonst mehr oder weniger beweglich waren. Anfangs seiner Arbeit stellt er fest, dafs die Ergebnisse von Leichenexperimenten über Lage und Beweglichkeit der Nieren sehr wohl auf den lebenden Menschen übertragen werden können, da der Begriff des intraabdominalen Druckes, der beim Lebenden die Verhältnisse verändern soll, hinfällig sei. Als Hauptbefestigungsmittel der Nieren betrachtet B. die Bindegewebsplatten, welche von der Niere die Hinterseite der Renalgefäfse umspinnt und teils in die Adventitia der Aorta, teils in die Fascie der Pars lumbalis diaphragmatis übergeht. Die Erschlaffung dieses und des übrigen die Niere umgebenden Zellgewebes verursacht die Wanderniere. Als Ursache der Erschlaffung sieht er eine allgemeine Schädigung des Organismus an. Bei der Operation der Wanderniere ist es von grofser Bedeutung, den sackartigen Raum, in welchem die Niere sich befindet, zu entfernen.

Thümmel-Leipzig.

Nierenblutung sah Voit (Nürnb. Med. Ges. 4. V. 99. Münch. med. Wchschr. 34) bei einer Frau durch eine geringe Quetschung; sie war stark geschnürt, wurde am 12. II. von ihrem Manne fest um die Taille gefafst, empfand in der l. Flanke heftigen Schmerz, tanzte trotzdem die ganze Nacht. 13. II. Hämaturie; 27. II. sieht Görl das Blut aus dem l. Harnleiter kommen. Untere l. Niere druckschmerzhaft. Therapie erfolglos. 20. IV. 40,8°, Schüttelfröste, Pyohämaturie, Anämie, Kollaps. 28. IV., einen Tag vor dem nunmehr festgesetzten Nephrotomie-Tag, Apyrexie; Blutung steht; Eiterung schwindet; am 4. V. Heilung. Es handelte sich wohl um eine subkutane einfache Nierenquetschung.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über Cystennieren sprach Steiner in der Berl. med. Gesellsch. vom 18. X. 99 (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 45) unter Vorlegung von Präparaten, die bei der Obduktion eines 47jährigen, unter urämischen Symptomen zu Grunde gegangenen Pat. gewonnen waren. Die Diagnose in Vivo stützt sich auf folgende Merkmale: 1. grofse höckerige Tumoren da, wo man die Nieren zu palpieren gewöhnt ist. Die Geschwülste können bis ins kleine Becken hinabreichen und fluktuieren nicht, im Gegensatz zur Hydronephrose. 2. Urinbefund: Mäfsige Mengen Eiweifs, im vorgeschrittenen Stadium intermittierende Hämaturie; man findet dann im blutigen Urin mikroskopisch Kugeln, die mitunter eine konzentrische Anordnung erkennen lassen und von Blutfarbstoff bedeckt sind. 3. Der exquisit hereditäre Charakter der Affektion; die fünf Pat. des Autors gehören 2 Familien an. 4. Das klinische Bild der interstitiellen Nephritis mit chronischem Verlauf. Gewöhnlich ist auch das Herz und die gröfseren Arterien krankhaft verändert. — In der Diskussion machen Senator und Israel auf die häufig gleichzeitige polycystische Degeneration der Leber aufmerksam, die sogar das Krankheitsbild beherrschen kann. Paul Cohn-Berlin.

Three rare cases of kidney cysts. Von J. F. Baldwin. (American Assoc. of Obstetriacians and Gynecologists, Indianapolis 1899, 19.—21. Sept.)

Bei dem ersten von B. beobachteten Falle handelt es sich um eine enorme Cyste der rechten Niere, die das ganze Abdomen ausfüllte und ein Ovarialcystom vortäuschte. Symptome von seiten der Niere fehlten ganz. Bei der Operation fanden sich die Gefäfse vollständig zu Grunde gegangen, der Ureter war stark dilatiert, das Nierengewebe gänzlich zerstört. Es erfolgte Heilung.

Der 2. Fall betrifft eine grofse paranephritische Cyste, die ungefähr $^3/_4$ Ltr. urinähnliche Flüssigkeit enthielt. Die Cystenwand war aufserordentlich dünn, doch gelang die Entfernung des Tumors ohne Zwischenfall.

Der 3. Fall stellt eine kongenital dislocierte, sarkomatöse Cystenniere dar. Der Tumor füllte das Becken vollständig aus und erschwerte die Entleerung von Blase und Darm. Die Cyste ward zuerst von der Vagina aus punktiert und dann vom Abdomen aus exstirpiert. Auch in diesem Fall erfolgte Heilung. Dreysel-Leipzig.

Acute interstitial Nephritis. Von W. T. Councilman. (Journ. of Experimental Medicine 1898, Juli und Sept.)

Interstitielle akute Nephritis konnte C. bei 42 Fällen von Infektionskrankheiten und zwar meist Diphtherie und Scharlach nachweisen.

Pathologisch anatomisch findet sich in solchen Fällen eine diffuse Infiltration des interstitiellen Gewebes, oder es sind einzelne Herde von Zellen vorhanden, die den Unnaschen Plasmazellen ähneln. Derartige Zellen finden sich bisweilen auch in den Gefäfsen. Eine ausreichende Erklärung für das vorwiegende Ansammeln von Infiltrationszellen in der Grenzzone der Pyramiden, der Rindensubstanz und der Umgebung der Glomeruli kann zur Zeit nicht gegeben werden. Bakterien scheinen in der Ätiologie der entzünd-

lichen Infiltration eine besondere Rolle nicht zu spielen, wenigstens vermögen sie nicht die herdförmigen Infiltrationen bei derartigen Affektionen zu erklären. Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung der chronischen Nephritis. Von Caracciolo. (Gl' Incurabili, Ann. XIV, 9 u. 10.)

C. stimmt mit Maragliano darin überein, dafs eine Restitutio ad integrum bei einer erkrankten Niere möglich sei, wenn auch nicht in anatomischer, so doch jedenfalls in funktioneller Hinsicht. Vor allem ist eine derartige Restitutio bei partieller, chronischer Nephritis zu erwarten.

Bei der Behandlung der chronischen Nephritis sind Mineralwässer von Nutzen; bei hochgradiger Polyurie ist jedoch eine Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr zu empfehlen. Eine gemischte Diät ist der ausschliefslichen Milchdiät vorzuziehen. Kalte Bäder sind zu verwerfen, feuchte Abreibungen zur Abhärtung der Haut sind jedoch am Platze. Bei der medikamentösen Behandlung hat Verf. von Strontium lact. (0,36 täglich) die besten Erfolge gesehen. Dreysel-Leipzig.

Des épanchements urineux d'origine rénale. Von Dr. A. Rattier.

Urinaustritt aus gesunden Nieren in das umgebende Gewebe nur infolge von Trauma vorkommend; bei durch Erkrankung alteriertem Nierengewebe kommt der Durchbruch häufig von selbst; ein einwirkendes Trauma beschleunigt manchmal nur den Durchbruch.

Die verschiedenen Formen hängen von der Quantität des Urins, welche die Niere enthält, ab; ferner von der Gröfse der Austrittsöffnung, endlich vom Zustand der Fettkapsel der Niere. Was die Beschaffenheit der ausgetretenen Flüssigkeit angeht, so kann dieselbe rein blutig, ausschliefslich urinhaltig; urin- und bluthaltig, urin- und eiterhaltig sein.

Die Prognose hängt im wesentlichen davon ab, ob die ausgetretene Flüssigkeit septischer oder nichtseptischer Natur ist.

Behandlung: Möglichst frühzeitige Incision, Reinigung der Wundhöhle, regelrechte Drainagierung; manchmal ist Nephrektomie unumgänglich.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Observations on the detection of small renal calculi by the Röntgen rays. Von R. Abbe. (Annals of Surgery 1899, Aug.)

A. berichtet über zwei Fälle von Nephrolithiasis, bei denen die Entdeckung und Entfernung der Steine mit Hilfe der Röntgenstrahlen möglich war. Die Steine waren klein und fast vollständig in das Nierengewebe eingebettet. Dreysel-Leipzig.

Die primäre Nierentuberkulose. Sammelreferat von Dr. J. Schnürer in Wien. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1899, Bd. II, Heft 12, 13, 14.)

Eine sehr genaue Zusammenstellung der über dieses Thema erschienenen Arbeiten, welche von jedem, der sich mit dem Studium der primären Nierentuberkulose befafst, mit Freuden begrüfst werden wird. Im ganzen wurden 208 Arbeiten besprochen, von denen sich nahezu die Hälfte (101)

mit den therapeutischen Maſsnahmen befaſst. Die Prophylaxe wird ganz kurz erwähnt. Was die operative Therapie betrifft, so ist bei primärer, sicher diagnostizierter Nierentuberkulose die primäre retroperineale Nephrektomie die einzige in Frage kommende Operation, selbstverständlich falls die andere Niere gesund ist. Da das Vorhandensein oder die Sufficienz der zweiten Niere eine Conditio sine qua non ist, befassen sich zahlreiche Arbeiten mit dieser Frage, und doch muſs zugegeben werden, daſs sämtliche Zeichen im Stiche lassen können, wie mitgeteilte Fälle beweisen. Andere Operationen, wie Nephrotomie und Resektion der Niere wird man wohl nur selten vornehmen. Von der inneren Therapie ist nicht viel zu erwarten, wenn auch Spontanheilungen beobachtet worden sind.

v. Hofmann-Wien.

Hematuria an early symptom in tuberkulosis of the kidney, and renal phthisis ab haemoptoe; with illustrative cases. Von D. Newman. (Lancet 1899, 26. August.)

Verf. bespricht in vorliegendem Aufsatze die Beziehungen der Hämaturie zur Tuberkulose. Eine unabhängig von Tuberkulose auftretende Nierenblutung begünstigt das spätere Auftreten einer tuberkulösen Erkrankung, da hierdurch das Ansiedeln der Tuberkelbacillen erleichtert wird. D. führt zwei Fälle an, bei denen sich längere Zeit nach einer mit Blutung einhergehenden Verletzung der Niere eine Tuberkulose daselbst entwickelte.

Vielfach bildet die Hämaturie das allererste Symptom einer Tuberkulose und kann auftreten, lange bevor gröbere Veränderungen in der Niere vorhanden sind. Als Beispiele werden auch hierfür zwei Fälle angeführt. Die Hämaturie ging bei diesen den sonstigen Symptomen im Jahre voraus.

Dreysel-Leipzig.

A case of primary renal Tuberculosis of 20 years standing. Von J. Frank. (Medical Record 1899, 9. Sept.)

Die 39jährige Kranke F.s hatte seit 20 Jahren an Beschwerden gelitten, die man auf eine Cystitis zurückgeführt hatte. Zwei- oder dreimal waren auch Nierenkoliken aufgetreten, Steine aber dabei nicht ausgeschieden worden. Eine cystoskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Der durch Katheterisieren der Ureteren gewonnene Urin der linken Niere war normal, der der rechten enthielt Eiter, Blut und Tuberkelbacillen. F. entfernte die Niere mit dem gröſsten Teile des Ureters. Die Heilung war ein Jahr nach der Operation noch von Bestand gewesen.

Dreysel-Leipzig.

The pathology of renal tumours. Von T. N. Kelynack. (Edinburgh Med. Journ. Sept. 1899.)

In gedrängter Kürze giebt K. eine Einteilung und Besprechung der bisher beobachteten Nierengeschwülste. Da es sich im wesentlichen um eine Klassifikation dieser Tumoren handelt, ist das sonst lesenswerte Werkchen eines kurzen Auszuges nicht fähig. v. Hofmann-Wien.

A case of renal sarcoma successfully removed by lumbar nephrectomy. Von Th. Jones und T. N. Kelynack. (Edinburgh Med. Journ. June 1899.)

Die Geschwulst, um welche es sich handelt, war ein zum Teil myxomatös degeneriertes gemischtzelliges Sarkom von etwa Hühnereigröfse, welches den unteren Teil der linken Niere einnahm. Die Nephrektomie gelang ohne Schwierigkeit. Der weitere Verlauf gestaltete sich sehr günstig. Vier Monate nach der Operation war der Patient, ein 50 jähr. Mann, noch vollständig gesund. v. Hofmann-Wien.

3. Erkrankungen der Blase und der Harnleiter.

Experimentelle Untersuchungen über Harnblasenruptur. Von F. Berndt. (v. Langenbecks Archiv, Bd. LVIII, Heft 4.)

Verf. teilt die von ihm durch Leichenexperimente gefundenen Resultate über Entstehung von Blasenrissen nebst anschliefsenden mathematischen Betrachtungen mit. In erster Linie sucht B. zu bestimmen, an welchen Stellen des Organs je nach der Verschiedenheit der Einwirkung der Gewalt die Läsion zu stande kommt. Er stellt bestimmte Theorien darüber auf, wo der Rifs intra- oder extraperitoneal entstehen wird. Als unabhängiger Faktor kommt naturgemäfs bei den Verletzungen der Vesica in Betracht die jeweilige Widerstandsfähigkeit der betroffenen Blasenpartieen, die Füllung der Harnblase, der Schutz, der von den benachbarten Organen (Darmschlingen, Beckenboden, Beckenknochen) geboten wird. Bei den Experimenten stellte sich heraus, dafs klinische Erfahrungen und Leichenversuche sich nicht immer deckten. Als zweckmäfsigstes Mittel zur Orientierung über den Sitz der Ruptur kommt die Sectio alta in Betracht. Zum Schutz gegen Infektion schlägt B. die Naht der Blase vor, die Wunden werden am zweckmäfsigsten tamponiert. Intraperitoneale Risse verwandelt man nach Bardenheuer durch Ablösen des Peritoneum in extraperitoneale und behandelt sie als solche. Die Prognose hängt ab, ob Urininfiltration vorhanden, und von der Infektion des Harns und Blutmengen zur Zeit des Eingriffes.

Thümmel-Leipzig.

Traitement de l'incontinence d'urine. Von Levis Jones-Londres. (La Presse Méd.)

Bei den nur nachts auftretenden Formen empfiehlt J. etwas schmerzhafte Applikaton einer Elektrode an den Damm, bei den auch unter Tags auftretenden Einführen einer nicht geschützten Elektrode in die Harnröhre; diese letzteren Formen treten häufig bei jungen Mädchen auf, deren Sphinkter schwach innerviert ist. Ob J. den faradischen oder den galvanischen Strom wählt, giebt er nicht an. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über ausdrückbare Blase. Von Kapsammer. (Wien. klin. Wchschr. 1899, Nr. 21.)

K. hat auf Alberts Klinik einen Pat. beobachtet, welcher, wahrscheinlich infolge von Prostatatuberkulose, eine anatomische Läsion des Sphinkter vesicae

darbot. Bei diesem 22jährigen Pat. war es möglich, die Blase manuell auszudrücken, jedoch niemals vollständig, und zwar sowohl zu Zeiten des Harnträufelns, als auch zu Zeiten, in welchen Pat. den Urin willkürlich halten konnte. Den durch die Expression erzeugten Harnabflufs konnte Pat. willkürlich unterbrechen. Dieser Fall beweist also zweierlei. Erstens: nicht blofs bei nervösen Paresen und Paralysen des Sphinkter internus, sondern auch bei lediglich anatomischen Läsionen desselben kann die Blase ausdrückbar sein. Zweitens: der vollkommen intakte und funktionstüchtige Sphinkter externus konnte doch die Incontinentia urinae nicht verhindern; nicht der Externus, sondern der Internus ist es, die in andauernder tonischer Kontraktion befindlich, die Blase verschliefst. Den Harndrang ruft die Dehnung und konsekutive Kontraktion des Detrusor hervor.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

De l'aspiration des corps mous de la vessie. Von Lamard. Thèse-Paris 1899. (La Presse Méd. Nr. 76, 23. September 1899.)

Die Aspiration mittelst eines Gummikatheters durch den Heurteloupschen Sauger (verbessert von Guyon) von weichen Fremdkörpern in der Blase, wie Blut, Blutgerinnsel, Gewebsstückchen zur Vermeidung von Zersetzungen bezw. Steinbildung empfohlen. Narkose meist notwendig. Dauerkatheter empfehlenswert. Die Erfahrung zeigte, dafs Blutungen nicht nur nicht sich verschlimmern, sondern sogar zum stehen kommen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Un cas d'hémorragie de la vessie guérie par l'opération. Von Lupinski. (Medycyna 1899, Nr. 35.)

60jähr. Mann, sonst gesund, nach starker Anstrengung, jedoch ohne Trauma, heftige Blasenblutung. Sectio alta. Heilung. Der Berichterstatter reiht diesen Fall unter die verhältnismäfsig seltene ätiologische Veranlassung der Venenerweiterung im Plex. hypogastr.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

L'urotropine dans la cystite des enfants. (La Presse Méd. Nr. 75, 20. Sept. 1899.)

Die Notiz reproduziert Heubners-Berlin Vorschlag, bei alkalischem Urin monatelang ohne Unterbrechung, täglich 1 g auf 4 Dosen verteilt, dem Kinde zu geben. Sedlmayr-Strafsburg. i. E.

Über hartnäckige Cystitis beim Weibe. Curettement der Blase. Von Le Clerc Dandoy. (Journ. méd. de Bruxelles, 13. IV. 99. Münch. med. Wchschr. 1899, 29.)

Verf. hat 2 chronische Cystitiden bei Frauen nach Erfolglosigkeit jeder anderen Behandlung durch Curettement und nachfolgende Ätzung mit 1% Höllensteinlösung geheilt. Goldberg (Köln)-Wildungen.

A comparison of the merits of suprapubic and perineal Cystotomy. Von N. P. Dandridge. (Annales of Surgery 1899, Juli.)

D. fafst die Vorzüge der Cystotomia perinealis vor der C. suprapubica in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die perineale Cystotomie gestattet eine ausgiebigere und bequemere Drainage der Blase.

2. Die Wunde am Perineum heilt rascher und seltener mit Fistelbildung als die in der Regio suprapubica.

3. Die perineale C. bietet weniger Schwierigkeiten dar und läfst sich in kürzerer Zeit ausführen.

Bei Karcinom, Tuberkulose und Blutungen der Blase ist jedoch die Cystotomia suprapubica vorzuziehen. Bei der Lithotripsie ist der perineale Weg im allgemeinen vorzuziehen, wenn überhaupt eine blutige Operation nötig ist. Von der Regio suprapubica aus sollte nur vorgegangen werden, wenn der Stein eine ganz ungewöhnliche Gestalt hat, wenn er in einer Cyste liegt und wenn aufserdem noch Tumoren vorhanden sind. Bei der Prostatektomie schlägt D. eine Kombination des hohen und tiefen Blasenschnittes vor. Dreysel-Leipzig.

Cystorrhaphie primitive. Nouveau procédé opératoire. Von F. Jonnesco. (Gaz. des hôpitaux 99, Nr. 2.)

J. empfiehlt nach Sectio alta eine neue, von ihm die dachziegelförmige (Par imbrication) genannte Blasennaht. Abgesehen von vielen Tierexperimenten, hat Verf. dieselbe mit gutem Resultate in 8 Fällen bei Menschen angewendet. Das Verfahren ist kurz folgendes:

Schleimhaut und Muskularis des einen Wundrandes werden in einer Ausdehnung von $^1/_2$—2 cm getrennt, die Mucosalappen reseziert, die Schleimhautränder vernäht. Alsdann wird der Muskellappen über die Schleimhautnaht gelegt und durch 3 Nahtreihen fixiert und zwar durch eine U-förmige Naht, die Wurzel des Lappens mit den Lippen der Blasenwunde, durch eine zweite wird der freie Rand des Lappens an die Blase geheftet, eine dritte verbindet die Schleimhautpartie des Lappens mit der Blasenwand. Durch diese Verschiedenheit der Schleimhaut- und Blasenwunde ist nach Verf. die Möglichkeit einer Urininfiltration ausgeschlossen.

Thümmel-Leipzig.

Wound of the urinary tract during an operation for acute Appendicitis; spontaneous closure of the urinary fistula; recovery. Von Ch. A. Powers. (Med. News 1899, 30. Sept.)

Verf. war gezwungen wegen einer akuten Appendicitis operativ vorzugehen. Beim Lösen der sehr zahlreichen und festen Adhäsionen entleerte sich plötzlich eine mäfsige Menge Urin. Es gelang nicht, die Ausflufsstelle des Urins mit Sicherheit zu bestimmen. Die Blase war jedenfalls, wie sich bei deren Freilegung ergab, intakt. P. glaubt, dafs die Verletzung sich am rechten Ureter befand; er erklärt sich den Vorgang so, dafs der Wurmfortsatz mit dem Ureter adhärent war, und dafs die Gangrän, die sich an ersterem fand, auf den Harnleiter übergegriffen und so seine Widerstandsfähigkeit herabgesetzt hatte.

In der ersten Zeit nach der Operation entleerte sich noch reichlich Urin aus der Wunde, aber schon am 5. Tage schlofs sich letztere vollkommen, ohne dafs eine Fistel zurückblieb. Dreysel-Leipzig.

Über Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervikalfisteln. Von Amann jr. (Münch. med. Wchschr. 1899, Nr. 34.)

Während die bisherigen Versuche zur Heilung der Uretercervikalfisteln nur bei Opferung entweder der Niere oder des Uterus geführt hatten, ist A. in mehreren Fällen Heilung nach dem Vorgang von Witzel durch sog. intraextraperitoneale Ureterblaseneinpflanzung gelungen. Das Prinzip dieser Methode ist, den Harnleiter freizulegen, aus dem Peritoneum herauszuholen, an die Darmbeinschaufel seitlich extraperitoneal anzulegen, nunmehr die Blase bis ans Darmbein zu dislozieren, in derselben eine Öffnung anzulegen, in die Öffnung das Harnleiterende einzunähen. Die technischen Details sind im Original, sowie bei Saenger, Münch. med. Wchschr. 1899, 1 und bei Witzel, Centralbl. f. Gynäkol. 1896, 11 einzusehen. A. zieht aus seinen Operationen folgende Schlüsse bez. des Harnleiters:

1. Die anatomischen Verhältnisse gestatten gröfsere Blofslegungen des Ureters ohne Nachteil.

2. Durch breites Ablösen der Blase, Vermeiden von Massenligaturen, isolierte Gefäfsunterbindung, ausgiebige Stielung der Ligamente vor Anlegung von Klemmen, Herauspräparieren des Uterus sind Harnleiterverletzungen zu umgehen.

3. Dazu ist cystoskopischer Harnleiterkatheterismus anzuwenden.

4., 5. Bei frischen und alten Harnleitergebärmutterfisteln ist meist die obige Methode angezeigt.

6. Exstirpation einer gesunden Niere wegen Ureterfistel ist zu verwerfen. Bei Pyelitis zunächst Nierenbeckenspülungen; dann nachher doch Einheilung des Harnleiters in die Blase möglich.

7. Jede Art von Kleisis, ob am Uterus oder im obersten Teil der Vagina oder tiefer unten in der Vagina ist zu vermeiden.

8. Die Entfernung des Uterus behufs Umwandlung einer Uretercervikalfistel in eine Uretervaginalfistel ist unnötig.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Du diagnostic entre le calcul de l'uretère et l'appendicite. Von Dr. Tuffier. (Annales des malad. des org. génito-urin. 1899, Nr. 10.)

T. weist an der Hand von selbst beobachteten Fällen nach, dafs ein eingeklemmter Stein im Ureter, zumal wenn er eine Entzündung hervorgerufen hat, die ganz gleichen Symptome erzeugen kann wie eine Appendicitis. Eine Verwechselung ist um so leichter möglich, als gerade an der Stelle des Ureters, welche am Blinddarm liegt, öfters Einklemmungen vorkommen.

Als einzige Unterscheidungsmerkmale führt T. an die Radiographie, den Ureterenkatheterismus und schliefslich den Befund von Harngries, welcher bei Steinbildung selten vermifst wird.

Immerhin wird in einer ganzen Reihe von Fällen die Diagnose zweifelhaft bleiben müssen.

König-Wiesbaden.

4. Erkrankungen der Prostata.

L'iscuria prostatica. Von E. Bottini. (La Clin. mod. 1899. Nr. 10, 11, 16, 17, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 39, 40, 43, 44).

In einem Cyklus von sieben Vorlesungen beschäftigt sich B. mit dem obenerwähnten Thema. Da es nach des Autors Ansicht, bevor man die Pathologie eines Organes ergründen will, nötig ist, zunächst dessen Struktur und Funktionen genau zu kennen, befaſst sich B. in den ersten zwei Vorlesungen mit der Anatomie, Physiologie und Histologie der Prostata. Besonders genau wird die Muskulatur abgehandelt, welche nach B. aus zwei Schichten besteht, einer inneren, aus glatten Muskelfasern gebildeten, welche vom Detrusor vesicae stammt (M. sphincter vesicae int. s. sphincter prostatae) und einer äuſseren, aus quergestreifter Muskulatur bestehenden, welche vom M. levator ani herkommt und unter dem Namen Musc. Wilsonii (M. sphincter vesicae ext.) bekannt ist. Die Incision dieses Sphinkters dient nach B. dazu, um den Weg für den Urinabfluſs zu öffnen. Daher empfiehlt B. nicht die vorspringenden Teile der Prostata zu durchtrennen, sondern die Incision vor der hypertrophierten und vorspringenden Partie vorzunehmen, da man auf diese Weise den Sphinkter leichter erreicht. B. teilt die Prostatahypertrophie in eine excentrische, eine konzentrische und eine gemischte Form, von welcher die erste kaum einen Einfluſs auf die Urinentleerung hat, da das Lumen der Urethra nicht verengt wird. Ferner macht B. darauf aufmerksam, daſs es bei den dysurischen Beschwerden durchaus nicht auf die Gröſse der Prostata ankommt, sondern nur auf die Lokalisation der Hypertrophie, da es gerade die partiellen Vergröſserungen, die man oft vom Rektum aus gar nicht palpieren kann, sind, welche die hochgradigsten Harnbeschwerden verursachen. In histologischer Hinsicht unterscheidet B. die fibröse, die glanduläre und die gemischte Form der Hypertrophie, von welchen die letztere Form die häufigste ist. In der dritten Vorlesung befaſst sich B. mit der Symptomatologie der auf prostatischer Basis beruhenden Ischurie. Auch das Harnfieber wird genauer besprochen. Die vierte Vorlesung ist der Besprechung der bisher üblichen Therapie gewidmet. Das Urteil B.s über die meisten Operationsmethoden ist kein günstiges, da er dieselben entweder als zu gefährlich (Prostatektomie, Unterbindung der A. iliac int.) oder als unverläſslich (Kastration, Vasektomie) erachtet. In der 5. und 6. Vorlesung beschreibt B. die von ihm angegebene Operationsmethode mittelst des Thermokauters, während in der 7. ein Überblick über die mittelst dieses Verfahrens erreichten Resultate gegeben wird. B. hat unter 435 von ihm auf diese Weise behandelten Fällen nur 4 Recidive (nicht ganz $1^0/_0$) gesehen, während keine der übrigen Operationsmethoden oder sonstigen Verfahren ein nur annähernd so günstiges Resultat gegeben hat. Der sehr interessanten und instruktiven Arbeit sind zahlreiche, vorzüglich ausgeführte Abbildungen beigegeben. v. Hofmann-Wien.

Traitement chirurgical direct de l'hypertrophie prostatique. Von Pousson. (Soc. de Chirurg. 12. Juillet 1899.)

P. kommt auf Grund reicher Erfahrungen zu dem Schlusse, daſs die

indirekten Operationen bei Prostatahypertrophie nur im Anfange, so lange das kongestive Element überwiegt, von Nutzen sind. In späteren Stadien mufs man daher die Vorsteherdrüse direkt angehen und zwar am besten in Kombination mit dem hohen Blasenschnitte. Es kommen zwei Operationen in Betracht. Die Prostatotomie, welche von P. in einem Falle vorgenommen wurde, aber kein günstiges Resultat gab, und die Prostatektomie, welche der Autor in 14 Fällen vorzunehmen Gelegenheit hatte. Drei dieser Pat. erlagen dem Eingriffe. Den Tod dieser Pat. schreibt P. teils dem hohen Alter (alle 3 über 75 Jahre) und der Schwäche der Operierten, teils den schon zu lange bestehenden Veränderungen der Harnorgane zu. In drei Fällen trat vollständige Heilung ein — die Kranken erlangten das Vermögen, ihre Blase vollständig zu entleeren, bei den übrigen heilte zwar die Cystitis oder wurde zum mindesten wesentlich gebessert, aber auf die Ischurie blieb die Operation ohne jeden Einflufs.

In der darauf folgenden Diskussion berichtet Tuffier über einen von ihm operierten Fall von Hypertrophie des Mittellappens der Prostata, wo Prostatektomie vorgenommen wurde. Die ischurischen Beschwerden schwanden und der Kranke ist heute nach 7 Jahren vollständig gesund.

v. Hofmann-Wien.

De la voie périnéale et perinéo-parasacrée pour les interventions sur la prostate. Deux observations. Von Henri Delagénière (du Mans). (Archiv Provinc. de chirurg. Nr. 8, 1899.)

In zwei Fällen — in dem ersten handelte es sich um tuberkulöse Prostatitis und Cystitis, in dem zweiten um eine Prostatahypertrophie und Karzinom des Rektums — versuchte der Verf. sich den Weg zur Prostata vom Damm aus durch einen Schnitt, der in der Mittellinie des Dammes die linke Hälfte des Anus umkreisend zur Spitze des Steifsbeines und von dort weiter an der linken Seite dieses Knochens verlief, zu bahnen. Die näheren Details der Operationsmethode müssen im Original nachgelesen werden.

Die Resultate seiner Arbeit fafst der Autor in folgende Sätze zusammen.

1. Bei allen Eingriffen an der Prostata ist der Weg vom Damm und am Os sacrum entlang allen anderen Operationsmethoden vorzuziehen.
2. Eine kleine Incision genügt, um an die Prostata zu gelangen, wenn man eine Injektion in das Gewebe machen oder die Prostatomie vornehmen will.
3. Bei teilweiser oder vollkommener Resektion der Prostata mufs der Schnitt bis zum Os sacrum verlängert werden.
4. Der Eingriff selbst bei der Prostatektomie ist durchaus gefahrlos, er macht keine Nebenverletzung und schafft günstige Wundverhältnisse.

Ludwig Manasse-Berlin.

Résection d'un volumineux lobe moyen de la prostate. Von Dr. Pousson. (Annales des malad. des org. gén.-urin. 1899 Nr. 5.)

P. stellte in der medizin. Gesellschaft in Bordeaux einen 62 Jahre alten Pat. vor, dem er vor 14 Tagen einen Prostatalappen von 5 cm Durchmesser mittelst Sectio alta entfernt hatte. Seit länger als 1 Jahre bestand vollständige Retention, dabei heftiger Blasenkatarrh, der weder durch Spülungen noch sonstige Behandlung gebessert werden konnte. Nieren anscheinend gesund. Die Diagnose wurde sichergestellt durch Abtastung des Blasengrundes mit kurzgekrümmter Sonde, Umkreisung des Blasenhalses mit demselben Instrument und bimannelle Palpation vom Rectum aus. Nach Eröffnung der Blase konnte der ca. 1 cm dicke Stiel ohne grofse Blutung mittelst Schere abgetragen werden. Auch vom linken Lappen, der stark vergröfsert in die Blase hineinragte, und hinter dem 3 flache Steine lagen, mufste ein Teil mittelst schneidender Zangen entfernt werden. Die hier — im eigentlichen Prostatagewebe — stets sehr stark auftretende Blutung wurde durch heifses Wasser und Kompression gestillt. Nachdem noch der hochgradig entzündete Blasengrund cauterisiert war, wurde die Wunde geschlossen und die Nachbehandlung mit Dauerkatheter durchgeführt. Jetzt wird der Urin spontan entleert. Koenig-Wiesbaden.

Volumineux calcul de la prostate. Von Dr. Rousseau. (Annales des malad. des org. genit.-urin., 1899, No. 7.)

Der Pat., seit 14 Jahren steinleidend, hatte vor 20 Jahren einen Tripper durchgemacht, der angeblich nie ganz geheilt war. Nach einem anstrengenden Ritt stellte sich mit lebhaften Schmerzen Blut und Eiter im Urin ein. Nachdem ohne Erfolg Bougierungen, Einspritzungen, Instillationen vorgenommen worden waren, konstatierte R. mittelst einer Sonde à boule das Vorhandensein eines Steines in der Prostata. Da sich derselbe weder mobilisieren noch in die Blase zurückstofsen liefs, wurde ein Perinealschnitt gemacht und ein Stein extrahiert, welcher 32 g wog und 4×8 cm grofs war. Derselbe bestand aus harnsaurem Kern und phosphorsaurem Mantel. Einige Zeit darauf mufsten durch die Dammfistel noch mehrere kleine Steine entfernt werden, jedoch gelang es nicht, einen Katheter in die Blase einzuführen. Nach einigen Monaten hatte sich eine Harnröhren-Mastdarmfistel gebildet, an deren Operation der Pat. starb.

Hieran anschliefsend empfiehlt R. die Sectio alta gegenüber dem von ihm geübten Perinealschnitt, da erstere die Durchführung des Katheterismus sichere. Koenig-Wiesbaden.

Calcul vésico-prostatique. Von Dr. Souligoux. (Société de chirurgie, 7. Okt. 1899.)

Die Form des Steines war im vorliegenden Falle eine höchst merkwürdige; sie war nämlich sanduhrförmig, derart, dafs das eine Ende in der Blase und das andere in der Prostata lag und das dünne Verbindungsstück dem Blasenhalse reitend aufsafs. Der Versuch, durch Perinealschnitt den Stein zu entfernen, mifslang, und erst durch Sectio alta wurde der in der Blase gelegene Teil herausbefördert. Der Stein besteht aus phosphorsaurem

und kohlensaurem Kalk, wiegt 50 g und mifst 3 cm im Durchmesser an der prostatischen und 4 cm Durchmesser an der kolbigen Verdickung der anderen Seite. Nebenbei sei bemerkt, dafs bei dem jetzt 80 jährigen Pat. bereits im 5. Lebensjahre ein Stein konstatiert worden war, jedoch erst seit 2 Jahren Beschwerden bestanden. Koenig-Wiesbaden.

Über die bösartigen Geschwülste der Prostata, insbesondere über die Karcinome derselben. Von Dr. Richard Wolff, Bethanien-Berlin. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 53. Bd. Heft 1 u. 2.)

Bösartige Neubildungen in der Prostata können sowohl primär als sekundär entstehen, sekundär aber sehr selten.

Verf. konnte 27 Prostatasarkome aus der Litteratur zusammenstellen Mit Vorliebe ist das erste Kindesalter und das jugendliche Alter befallen. Der Verlauf der Krankheit ist ein äufserst rapider. Ein Kranker ist von Socin durch die Prostatektomie geheilt worden. Die Geschwülste zeichnen sich durch ein sehr schnelles Wachstum aus; ihre Konsistenz ist eine weich-elastische, manchmal Cysten enthaltend. Die grofsen Tumoren reichten mehrmals bis zum Nabel. Histologisch erwiesen sie sich als Rund-, Spindelzellen-, Myxo-, Lymphsarkom, trabekuläres Angiosarkom.

Gewöhnlich greift das Sarkom auf die Blase über; zweimal war der Mastdarm mit erkrankt und viermal waren Metastasen vorhanden. Duprez behauptet, dafs das Sarkom im Gegensatz zum Prostatakarcinom durch die Blutgefäfse verschleppt werde, jedenfalls ist es bemerkenswert, dafs die regionären Lymphdrüsen im Becken nur selten erkranken, während es bei Karcinom fast regelmäfsig zur Infektion derselben kommt. Die Symptome, welche das Sarkom macht, sind die der mechanisch behinderten Urinentleerung.

Das Prostatakarcinom sucht hauptsächlich alte Leute, etwa vom 50. Lebensjahre an, heim; selten ist es im Mannesalter zwischen 30 und 50 Jahren. Im Kindesalter kommt es nicht vor. Das Prostatakarcinom des Greisenalters wird sehr häufig in vivo nicht erkannt; es entwickelt sich oft bei solchen, welche schon länger an Prostatahypertrophie leiden. In der zeitlichen Aufeinanderfolge dieser beiden Leiden liegt eine der Hauptschwierigkeiten der Diagnose des Karcinoms.

Die Symptomatologie entspricht, soweit die mechanischen Störungen in Frage kommen, derjenigen der Prostatahypertrophie. Zuweilen macht das Karcinom nur eine Kompression des Mastdarms und giebt Veranlassung zum Ileus. Bei einer kleinen Anzahl von Fällen fehlt jede mechanische Verlegung der Harnwege und des Rektums. Diese Fälle sind es in zweiter Linie, bei welchen die Diagnosestellung schwierig ist, um so mehr, weil gewöhnlich durch Metastasen die Aufmerksamkeit auf entfernte Regionen gelenkt wird; besonders sind die Metastasen im Knochensystem hier zu erwähnen. Von den lokalen Erscheinungen an der Prostata sind als ein zuweilen frühzeitig auftretendes Symptom heftige Schmerzanfälle in der Prostataregion zu nennen, welche die krebsige Wucherung durch die Verlegung der Drüsenausführungsgänge und durch die Stauung des Prostatasekrets an diesen Stellen

veranlafst. Objektiv kennzeichnet sich das Karcinom durch Vergröfserung der Prostata und ihr stetes Wachstum, sowie durch harte Konsistenz des Organs und durch seine kleinbucklige Beschaffenheit. Für eine genaue Untersuchung genügt die rektale Palpation nicht; man mufs unter Narkose bimanuell untersuchen, um womöglich die Metastasen in der Tiefe des Beckens, die Drüsentumoren zu fühlen. Es giebt auch eine häufige Form des Karcinoms, bei der die Prostata glatt ist — sie kann im Beginn der Krankheit gefunden werden, besonders bei gleichzeitiger Hypertrophie, wenn sich der Krebs zuerst in den von der rektalen Oberfläche entfernter liegenden Drüsen entwickelt hat; sie kommt aber auch bei vorgeschrittener Karcinose vor, wenn die Prostata in allen Teilen gleichmäfsig infiltriert ist. Die Prostata ist beim Katheterismus schmerzhaft, wenn sie durch vorgeschrittene krebsige Infiltration unnachgiebig geworden ist und die Harnröhre komprimiert.

Von den Metastasen des Karcinoms betreffen die regionären hauptsächlich die Samenblasen und die Blase.

Die entfernteren Metastasen ergreifen die Lymphdrüsen des Beckens nebst den zugehörigen Lymphgefäfsen und das Knochensystem in den verschiedensten Regionen.

Pathologisch anatomisch kommt eine Form des Krebses vor, welche zunächst nur glanduläre Wucherung macht; der atypische Charakter ist besonders schwer nachzuweisen. Dabei kann sie durch frühzeitig auftretende Metastasen in entfernten Organen sich besonders bösartig erweisen.

Häufiger findet man die infiltrierende Form des Krebses; sie verläuft ziemlich langsam. Die Prostata und die lymphatischen Apparate des Beckens sind diffus von der karcinomatösen Wucherung durchsetzt; die primären Krebsherde in den Drüsen treten daneben wenig hervor.

Wegen der Schwierigkeit der Anfangsdiagnose ist die Prognose der Prostatakarcinome schlecht; die Therapie wird zumeist eine symptomatische bleiben.

Der Arbeit ist eine Statistik der Prostatakarcinome beigefügt.

S. Jacoby-Berlin.

5. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Periurethritis infectiosa. Von Prof. J. Englisch. (Wiener med. Wochenschrift 1899, Nr. 44 u. 45.)

Der Verfasser versteht unter diesem Titel jene Form der Periurethritis, bei welcher sich keine Veränderung der Harnröhre nachweisen läfst. Die Erkrankung beginnt mit Fieber und ödematöser Schwellung des Hodensackes, welche sich immer mehr ausbreitet. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich eine den hinter dem Hodensacke gelegenen Teilen der Harnröhre entsprechende Geschwulst und es kommt auch zu leichten Harnbeschwerden. An einer circumskripten Stelle des Perineums tritt schliefslich Erweichung ein und es kommt entweder zum spontanen Durchbruche oder zur Incision. Die Infektion geht nach Englischs Ansicht zweifellos von der Hautober-

fläche aus. Die Prognose des Leidens erscheint ernst, da Komplikationen, wie insbesondere Gangrän nicht selten sind und von den 5 Fällen, über welche E. berichtet, 2 tödlich endeten. Als Therapie empfiehlt der Verf. neben Anwendung von Kälte baldige ausgiebige Incisionen und energische Desinfektion der Wunden (am besten mit 10% Chlorzinklösung.)

v. Hofmann-Wien.

Infection staphylococcique géneralisée, d'origine uréthrale. Von Dr. Rendu. Société méd. des Hôpitaux. (Annales des Maladies des org. génit.-urin. 1899, Nr. 9.)

Der kräftig gebaute 26 jährige Patient litt seit 5 Jahren an einer Striktur der Harnröhre infolge überstandenen Trippers. Er hatte sich selbst bougiert. Plötzlich trat eine völlige Urinverhaltung ein, er versuchte sich zu bougieren, jedoch ohne Erfolg und verletzte die Harnröhre. 48 Stunden später wurde er bewufstlos mit einer Temperatur von 41° in das Krankenhaus eingebracht. Es wurde die Urethrotomia int. gemacht, jedoch blieb die Benommenheit und das Fieber bestehen, so dafs eine Meningitis oder Typhus als vorliegend angenommen wurde. Nach 2 Tagen klärte sich der Zustand und bot nun das Bild der allgemeinen Pyämie. Es entwickelten sich zahlreiche Abscesse an den Beinen, dem Rücken, der Schulter und den Armen, im ganzen 38, die nacheinander eröffnet wurden. Auch Zeichen von Endocarditis traten auf und schliefslich hämorrhagische Nephritis, die in 3 maligen Nachschüben verlief. Allmählich ging der Zustand in völlige Heilung aus. Koenig-Wiesbaden.

Infection uréthro-prostatique vue à un mikroorganisme particulier. Von Dr. P. Noguès und M. Wassermann. (Annales des malad. génito-urinaires, 1899, No. 7.)

Die Verff. stellten ihre Untersuchungen bei einem 42 jährigen Pat. an, der nie an Tripper gelitten hatte, jedoch seit längerer Zeit einen schleimig-eitrigen Ausflufs aus der Harnröhre bemerkte. In dem weifslichen Bodensatz des Urins fanden sich neben Eiterkörperchen und vereinzelten Epithelien Mikroorganismen in sehr grofser Menge, die den Gonokokken völlig glichen. Dieselben lagen meist extracellulär und unterschieden sich von den Tripperbacillen dadurch, dafs sie gleichmäfsig über das ganze Feld verteilt lagen und nicht Gruppen bildeten. Nach Gram färben sie sich gut und unterscheiden sich auch in Gröfse (0,3—0,5 μ) und Form nicht von den Gonokokken, nur erscheint bei ihnen die Spalte etwas breiter.

Verff. haben die Bakterien rein gezüchtet; dieselben wachsen auf Bouillon, Agar und Gelatine gut, jedoch nicht auf Kartoffeln und bilden weifsliche, krümlige, wenig erhabene Rasen ohne Verflüssigung. Auf Nutrose-Serum (Wassermann) geimpft, stellt sich am Ende des 2. Tages zum Unterschied mit echten Gonokokken opalescierende Trübung ein. Tierversuche ergaben ein negatives Resultat.

Verff. kommen zu dem Schlufs, dafs trotz der grofsen Ähnlichkeit ein vom Gonococcus völlig differenter Organismus vorliegt.

Koenig-Wiesbaden.

Two cases of hypertrophy of the penis, one due to traumatism; the other to elephantiasis. Von Horwitz. (Annals of surgery Oktober 99).

In dem einen Falle handelte es sich um einen gewöhnlichen Fall von Elephantiasis bei einem Farbigen, in dem anderen Fall wahrscheinlich um das Resultat wiederholter Traumen. Der betreffende Pat., ein Akrobat, gesund, nie geschlechtlich affiziert, war bei der Ausübung seines Berufes öfteren Quetschungen der Geschlechtsorgane ausgesetzt. Nach und nach bemerkte er eine immer stärker werdende Vergröfserung seines Gliedes, während der Hodensack nur mäfsig an Wachstum zunahm. Durch eine Art Panzer, welchen er unter dem Trikot trug, versuchte er den Penis zwischen die Testikel zu drängen, infolge der dadurch vermehrten Insulte des Gliedes fand eine weitere Vergröfserung desselben statt. Der Penis war in allen Dimensionen enorm vergrössert, im Gegensatz zu der typischen Elephantiasis waren auch die Corpora cavernosa und die Glans penis mit inbegriffen. Durch Entfernung des Praeputium und durch weitere Excisionen wurde eine genügende Verkleinerung des Penis erreicht. H. sieht als die Ursache der Vergröfserung des Gliedes nach Traumen einen Verschlufs der abführenden Lymphbahnen an. Thümmel-Leipzig.

Complete Laceration of the urethra. Von A. Stern. (New York Med. Journ. 1899, 13. Okt.)

Der 34jährige Kranke St.s war von einer Leiter herab mit dem Perineum auf einen Zaun gefallen. Alle Versuche, darnach einen Katheter einzuführen, schlugen fehl. Bei der externen Urethrotomie stiefs St. unter der oberflächlichen Fascie auf eine mit blutigem Detritus gefüllte Höhle. Da die Zerreifsung der Harnröhre eine sehr ausgedehnte war, so konnte von einer Vereinigung der Urethraenden durch die Naht nicht die Rede sein. St. legte einen Verweilkatheter ein. Der Fall ging in vollständige Heilung über.

Dreysel-Leipzig.

Traumatic rupture of the urethra. Von E. J. Senn. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 17. Sept.)

Die Rupturen der Harnröhre teilt man nach Oberst am besten ein in partielle, ohne Trennung der Kontinuität, und in totale. Die Diagnose ist im allgemeinen nicht schwierig, die genaue Feststellung aber der Lokalisation und Ausdehnung vielfach unmöglich. Verf. bespricht ausführlich die Symptomatologie. Da bei jeder Ruptur eine Infektion zu fürchten ist, so sollte so bald als möglich die Katheterisation versucht werden. Bei partiellen Zerreifsungen gelingt diese öfter, bei totalen selten. In schweren Fällen ist die sofortige Incision vom Perineum aus die einzig logische Behandlung. Diese Therapie genügt allen Indikationen. Ist das proximale Ende der Urethra nicht auffindbar, dann soll sofort die Cystotomia suprapubica gemacht und ein Katheter von der Blase aus in die Harnröhre eingeführt werden. Handelt es sich um Schnittwunden, dann kann man die Enden der Urethra sogleich durch die Naht vereinigen, bei Kontusionswunden jedoch ist dieses Verfahren nicht angezeigt; hier genügen ein paar paraurethrale Nähte, die ein weiteres

Zurückweichen der Harnröhrenenden verhindern. Die perineale Operationswunde sollte stets für ausgiebige Drainage wenigstens teilweise offen bleiben.

Dreysel-Leipzig.

Ultimate results of a resection of the urethra. Von Nogués. (Ann. des mal. d. org. génito-urin. 1899, pg. 166.)

N. beschreibt einen Fall, bei dem eine externe und 3 interne Urethrotomien stets von prompter Wiederverengerung der Striktur, zu deren Erweiterung sie unternommen wurden, gefolgt waren. Dilatation war sehr schmerzhaft. Urin trübe, linke Niere vergröfsert. Guyon entfernte die Narbe, welche am Boden der Harnröhre safs — (die obere Wand war intakt) — und vernähte die Wunde. Die Heilung erfolgte primär. Die Harnröhre liefs sich bei regelmäfsigem Sondieren bis 44 Beniqué dehnen. Beobachtung 7 Jahre. Nach diesem Zeitraume blieb Pat. 14 Monate aus und bei seiner Wiederkehr hatte sich eine Verengerung bis auf 12 wieder eingestellt. Doch gelang es wegen der Weichheit der Narbe bequem wieder eine ausgiebige Dehnung hervorzubringen.

Barlow-München.

Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines affections spasmodiques de l'urètre et du périnée. Von Rochet (Lyon). (Archiv prov. de chir. 1899, Nr. 5.)

R. machte bei einem jungen Manne von 17 Jahren, welcher an Harnverhaltung und Harnträufeln litt, ohne dafs man in der Blase oder Urethra irgendwelchen Anhalt dafür nachweisen konnte, die Resektion des N. perinealis Nn. pudendi. Vorher war schon, weil man eine latente Blasentuberkulose vermutete, und zwar ohne Erfolg die Sectio alta gemacht worden, auch wiederholte Dilatationsversuche der Harnröhre waren erfolglos geblieben. R. fafste das Leiden, zumal sich noch heftige Schmerzen am Damm und Stuhlzwang eingestellt hatten, als einen Spasmus des Dammes auf. Der Erfolg der Resektion trat sofort ein und war auch von Dauer.

Thümmel-Leiprig.

Trois cas de „verge noire" par éruption d'antipyrine. Von A. Fournier. (Annal. de Dermat. et de Syphil. 1899, p. 371).

F. berichtet über 3 von ihm beobachtete Fälle eines merkwürdigen, durch Antipyrin verursachten Ausschlages am Gliede, von denen der erste erst nachträglich als Antipyrinexanthem diagnostiziert wurde und daher auch nicht genauer mitgeteilt wird. Die beiden anderen Fälle beschreibt F. ausführlich. Das Exanthem bestand aus dunklen Flecken in der Penishaut und war in dem einen Falle von starkem Ödem begleitet. Die Erscheinungen waren so charakteristisch, dafs der Verf. sofort beim ersten Anblick des 3. Pat. denselben fragte, ob er Antipyrin genommen habe. Über Verlauf und Dauer des Exanthems weifs F. nichts anzugeben, da zwei seiner Pat. nicht mehr bei ihm erschienen und nur der dritte berichtete, er hätte durch mehrere Wochen mit dem Ausschlage zu thun gehabt. In einem Falle trat das Exanthem schon nach $4^1/_2$ Stunden auf (leider fehlt die Angabe der Menge des Medikamentes), in den beiden anderen erst am nächsten Tage, nachdem 1 resp. 2 g des Pulvers genommen waren.

von Hofmann-Wien.



Die Resultate der operativen Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Von Israel. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Vol. 51, p. 239.)

Die interne Urethrotomie ist nach den Erfahrungen J.s der externen vorzuziehen, wenn es sich um Strikturen der Pars bulbosa handelt. Diese Gegend ist der bei weitem häufigste Sitz der Verengerungen. Kranke, bei denen eine Striktur in der Pars pendula vorhanden ist, haben meist eine solche auch in der Pars bulbosa. Von den Kranken J.'s starben nach der Operation 4, und zwar je einer an Miliartuberkulose, Shock, Urämie und Sepsis. Bei allen diesen letzteren Fällen war die externe Urethrotomie zur Anwendung gekommen. Dreysel-Leipzig.

Limites de la dilatation progressive dans le traitement des rétrécissements urétraux. Von Dr. Guiard. (Annales des maladies des org. génito-urinaires 1899, Nr. X.)

Verf. bespricht eingehend die Dilatation der Urethra auf hohe Nummern (bis 56 Béniqué.) Er verfügt über ein sehr grofses Material, aus welchem er einige recht markante Fälle eingehend mitteilt, und kommt zu dem Resultat, dafs diese Behandlungsweise nicht nur am besten die bestehenden Beschwerden beseitigt, sondern vor allen Dingen auch das sicherste Vorbeugungsmittel gegen Recidive ist. Die allmähliche Dilatation erklärt Verf. für die souveräne Behandlungsmethode der Strikturen und führt aus, dafs wenn auch oft eine Dehnung bis etwa 22 Ch. genüge, doch in einer grofsen Anzahl von Beobachtungen Bougierungen bis 28 Ch. und noch weit höher erforderlich würden, nämlich dann, wenn nach fortgesetzter Anwendung der mittleren Erweiterungen Störungen irgend welcher Art zurückbleiben oder leicht wiederkehren. G. warnt besonders noch sich durch Blutungen oder andere Zufälle abschrecken zu lassen, rät vielmehr, mit immer gröfseren Nummern vorzugehen, da hierdurch allein diese Störungen beseitigt werden können. Man mufs darin fortfahren, bis die gesamten Beschwerden geschwunden sind und dann noch mehrmals Bougies einführen, die um einige Nummern stärker sind. Durch letztere Mafsregel allein ist man imstande baldige Recidive zu verhindern.

In längeren oder kürzeren Zwischenräumen (2—6 Monate) müssen die Bougierungen wiederholt werden, je nachdem die Striktur Neigung zeigt, sich wieder herzustellen, jedoch so selten wie möglich.

König-Wiesbaden.

Resultats éloignés de l'électrolyse de l'urètre. Von Desnos-Paris. (La Presse Méd. Nr. 75, 20. Sept. 1899.)

Um rasch sich einen Weg zu bahnen, werden verhältnismäfsig starke Ströme in einer während weniger Minuten Dauer währenden Sitzung angewandt; bei stark bindegewebig entarteten, ausgedehnten oder mehrfachen Strikturen kann die notwendige Stärke des Stromes der Harnröhre verhängnisvoll werden. „La méthode lente" von Newman ist hier entschieden vorzuziehen und hat nur die lange Dauer ihrer Anwendungsweise sie bisher nicht populär werden lassen. Der Heilerfolg ist aber ein vorzüglicher und anhaltender. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Melanom des Penis. Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentgeschwülste. Von Dr. Erwin Payr. (Kaiserl. chirurg. Universitätspoliklinik, Graz.) (Zeitschr. f. Chir. 53. Bd., Heft 3 u. 4.)

Die Sarkome des Penis gehören geradezu zu den Seltenheiten. Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte eines an Melanosarkom des Penis Erkrankten. In der Litteratur giebt es bis jetzt nur drei derartige Fälle. Pat., 63 Jahre alt, kam im Juni 97 in die chirurg. Klinik. Vor 2 Jahren bemerkte er an der Glans, ganz vorn, eine etwa erbsengrofse Geschwulst, die keine Beschwerden verursachte, und die er für eine Warze hielt; da dieselbe immer gröfser wurde, liefs er sie im Februar 96 exstirpieren. Die Heilung ging ohne Störung von statten. Ein halbes Jahr später bekam Pat. an derselben Stelle der Glans eine Geschwulst, die sich sofort durch ihre schwarze Farbe auszeichnete, rasch an Grösse zunahm, jedoch niemals Schmerzen verursachte.

Im Frühjahr 97 begannen besonders links die Leistendrüsen anzuschwellen, ohne jede Schmerzhaftigkeit. Einige Wochen später trat ein schwarzer Knoten unterhalb des Nabels auf. Die Geschwulst, die sich an der Glanz entwickelte, verlegte allmählich die Harnröhre, etwa in der Mitte der Fossa navicularis. Pat. kam mit Harnverhaltung in die Klinik.

Die Untersuchung des Mannes ergab folgenden Status praesens:

Harn leicht getrübt. Spuren Eiweifs. Am dorsalen Teile des Penis befindet sich ein etwa haselnufsgrofser, schwarzblauer Tumor, der der Eichel fest aufsitzt, fast 1 cm über sie emporragt und eine rundliche, an der Oberfläche leicht höckerige Gestalt darbietet; an zwei kleinen Stellen ist der Tumor etwas ulceriert. Der Tumor läfst sich auf der Glans nicht verschieben. Die Konsistenz des Tumors ist hart. Am Dorsum penis, unmittelbar am Sulcus coron. befindet sich ein zweiter Tumor, der als Metastase aufzufassen ist.

Es wurde der Penis amputiert und die Leisten- und Cruraldrüsen exstirpiert. Die Wunden heilten per primam. Pat. ist im Oktober 97 an Leber- und Lungenmetastasen gestorben.

Der histologische Befund, der sehr ausführlich Schnitte aus den verschiedensten Teilen des Penis behandelt, ist vor allem ausgezeichnet durch das Vorhandensein von Chromatophoren im Sinne Ribberts, die an vielen Stellen sehr schöne Sternformen darbieten, durch den sicheren Ausgang von einem Pigmentzellen führenden Organ der Haut, durch die Anwesenheit von verästelten, wenig oder gar nicht pigmentierten Stellen im Tumor. Ferner ist hervorzuheben das Vorkommen typischer Chromatophoren in den Lymphdrüsenmetastasen und der völlig negative Ausfall der Eisenreaktion am Pigments des Tumors. Verf. hat also einen histologischen Befund eines Pigmenttumors gegeben, der den diesbezüglichen Arbeiten Ribberts sich völlig anschliefst.

S. Jacoby-Berlin.

6. Gonorrhoe.

Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne dafs klinische Erscheinungen von Gonorrhoe vorhanden sind? Von Schiller. (Berl. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 41.)

Der Ansicht Neissers, dafs trotz Fehlens aller subjektiven Beschwerden und aller makroskopisch wahrnehmbaren Erscheinungen doch Gonokokken in den weiblichen Genitalien vorhanden sein können, glaubt Verf. nicht beistimmen zu sollen, da er in 300 daraufhin untersuchten Fällen nicht ein einziges Mal einen derartigen Befund erheben konnte. Es wurden bei jeder in die Sprechstunde neu ankommenden Frau sowohl Urethral- wie Cervikalsekret geprüft; war solches nicht sichtbar, so wurde etwas Untersuchungsmaterial abgeschabt; in fast 20 % der Fälle fanden sich Gonokokken neben klinischen Erscheinungen, in einer gröfseren Reihe klinische Erscheinungen ohne Gonokokken, niemals aber Gonokokken ohne klinische Erscheinungen.

Paul Cohn-Berlin.

Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme. Von J. Hallé. Annal. de gynécolog. et d'obstétrique, Févr. 1899.

Von den aëroben Mikroben finden der Gonococcus Neifser und der Pseudodiphtheriebacillus, sowie der haufenweise auftretende Bacillus von Weeks Erwähnung; ferner von den Streptokokken die pyogene und die nicht pathogene Form, sowie der Streptococcus tenuis (Veillon); schliefslich noch der Staphylococcus epidermit. albus.

Von den anaëroben Mikroben Micrococcus foetidus (Veillon), funduliformis, b. nebulosus und b. caducus.

Sämtliche sind hinsichtlich ihrer tinktoriellen, kulturellen und pathogenen Eigenschaften eingehend geschildert. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über das jüngste Antigonorrhoicum Largin. Von Dr. A. Porges. (Wiener med. Presse 1899, Nr. 44.)

Der Autor giebt zunächst einen Überblick über die mit Largin angestellten Laboratoriumsversuche und berichtet dann über die an Fingers Poliklinik mit diesem Mittel gemachten Erfahrungen, welche im allgemeinen günstige sind. Doch mufs P. zugeben, dafs das Medikament nicht ganz reizlos wirkt und es niemals gelungen ist, eine Gonorrhoe durch Largin allein ganz auszuheilen und man zum Schlusse der Behandlung doch stets zu den Adstringentien greifen mufste, insbesondere zum salpetersauren Silber, also gerade zu dem Mittel, welches durch das Largin hauptsächlich ersetzt werden soll.

von Hofmann-Wien.

Technischer Beitrag zur Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankungen. Von Dr. G. Nobl. (Wiener med. Wochenschrift 1899, Nr. 46 u. 47).

Verf. bespricht zunächst verschiedene bisher angegebene Kanülen zur Bespülung der vorderen Harnröhre nach Janet. Die zu diesem Zwecke konstruierten Ansätze von Majocchi und von Mibelli sind nach N.'s An-

sicht viel zu kompliziert und ihre Anwendung mit zu viel Umständen verbunden, um weitere Verbreitung finden zu können. Verf. empfiehlt dann eine Spülvorrichtung, welcher die Mängel der anderen Apparate nicht anhaften, und beschreibt dieselbe in ausführlicher Weise. Es handelt sich im wesentlichen um ein mittelweites Glasrohr, welches durch eine Scheidewand geteilt ist. Dieselbe reicht so weit nach unten, dafs das sehr weite, kreisförmige Lumen der Spitze genau durch sie halbiert wird. Der zuführende Teil des distalen Endes besitzt eine sehr weite Öffnung, der abführende ist zugeschmolzen. Der Abflufs wird durch ein an der abführenden Seite etwa 5 cm von der Spitze in einem nach vorne offenen stumpfen Winkel angeschmolzenes, kurzes, weites Glasröhrchen vermittelt, welches mit einem Drainrohr armiert wird. Den gröfsten Wert des Apparates sieht Verf. darin, dafs die Möglichkeit geboten ist, die differentialdiagnostisch so wichtige Irrigationsprobe in wenig umständlicher und doch exakter Weise auszuführen.

v. Hofmann-Wien.

Zur Technik der örtlichen Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten. Von Goldberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 31.)

G. hält es für nötig, wieder einmal daran zu erinnern, dafs bei der Behandlung des Trippers die „Mittel“ vielfach zu Ungunsten der Technik ihrer Anwendung bevorzugt werden, und stellt diesbezügliche aus seinen Erfahrungen gewonnene Normen auf. Bei der Behandlung der Urethra anterior ist der Tripperspritze hinsichtlich ihrer Kapazität gröfsere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da die Kapazität der männlichen Harnröhre je nach physiologischer Anlage und augenblicklichem Entzündungszustande in weiten Grenzen schwankt. Es empfiehlt sich daher für den Arzt, bevor er dem Patienten die Spritze in die Hand giebt, die Kapazität seiner Harnröhre festzustellen, damit nicht entweder ein zur Entfaltung der Schleimhaut ungenügendes oder andererseits ein zu grofses Quantum eingespritzt wird, wodurch Verletzungen entstehen oder durch Erschlaffung des Sphincter externus Schädigung der Urethra posterior und der Blase eintreten können. Letztere Möglichkeit ist auch bei den Neisserschen prolongierten Injektionen in Betracht zu ziehen, bei denen der Schliefsmuskel ermüden und erschlaffen kann; man soll daher dem Patienten aufgeben, falls er bemerkt, dafs nicht ebensoviel Flüssigkeit, wie er in die Röhre hineingebracht hat, wieder herausspritzt, das Eingespritzte nicht länger als 1—2 Minuten in der Harnröhre zu belassen. —

Für die Behandlung der Urethra anterior mittelst Spülungen mit gröfseren Flüssigkeitsmengen giebt G. der Janetschen Methode vor der Anwendung der Handdruckspritze oder des Katheters weit den Vorzug; niemals soll man aber eine derartige Behandlung dem Patienten selbst überlassen. —

Letztere Vorschrift gilt insbesondere auch für die Einbringung von Flüssigkeiten in die Urethra posterior; kommt eine solche in Frage, so mufs vorher die Anterior gründlich gespült werden. Auch hier, d. h. für die Urethra posterior, ist den Spülungen mittelst des Irrigators nach Janet vor der Anwendung der Handdruckspritze der Vorzug zu geben; ist jedoch

der Sphinkterentonus schwer überwindbar, so empfiehlt sich die indirekte Berieselung mit einem elastischen vorn geknöpften Katheter, etwa Charrière 10.

Paul Cohn-Berlin.

Due casi di gonococcemia. Von Parichi. (Settiman. med. 1899, Okt. 7).

Zwei Fälle von Tripperrheumatismus bei lange bestehender Gonorrhoe. Der Harnröhrenausflufs enthielt zahlreiche Gonokokken. Aus dem Blute wurden Gonokokkenkulturen erhalten, was in der Regel nicht gelingt. Auch der Autor hat zahlreiche andere Fälle in dieser Hinsicht untersucht, ohne je zu einem positiven Resultate zu gelangen. Als Nährböden benutzte P. Agar und menschliches Blutserum. Mikroskopisch konnte man im Blute keine Gonokokken nachweisen, weder intra- noch extracellulär.

v. Hofmann-Wien.

Note sur le blennoragisme et quelques accidents se rapportant à cet état morbide. Par M. M. Dr. Le Clerc-Danoy. (Journ. Med. de Brux. 1899, No. 32.)

Allgemeininfektionen im Anschlufs an Gonorrhoe sind in den letzten Jahren so vielfach mitgeteilt worden, dafs ein neuer Beitrag kaum noch geliefert zu werden brauchte. Der Verfasser hat in jedem Stadium der Gonorrhoe solche Allgemeininfektionen auftreten sehen und führt als Beispiele Myalgien im Bereich des Schenkels, des Kniees etc. an, in einem Falle trat ausgesprochene Muskelatrophie im Anschlufs an Gelenkaffektionen ein. Als Vermittler der Allgemeininfektion sieht er die Toxine des Gonococcus an; er hat in allen Fällen nur Besserung resp. Heilung eintreten sehen, wenn die Gonokokken am primären Herd beseitigt waren.

Ludwig Manasse-Berlin.

Étude bacteriologique et expérimentale sur un cas remarquable d'infection gonococcique généralisée. Von Colombini. (Centralblatt für Bakteriologie. Vol. XXIV, Nr. 25, pg. 955).

28 jähriger Mann, Handarbeiter, wurde tripperkrank und pflegte sich schlecht; 14 Tage später linksseitige Leistendrüsenanschwellung, die geöffnet werden mufste, dann linksseitige Nebenhodenentzündung, die ebenfalls zur Vereiterung führte; weitere 14 Tage Fieber mit beträchtlicher Abmagerung und Auftreten von Albuminurie; es bildete sich eine Vereiterung der rechten Ohrspeicheldrüse, die ebenfalls geöffnet werden mufste.

Mikroskopisch wurden ausschliefslich Gonokokken in dem Eiter der Harnröhre und demjenigen sämtlicher geöffneter Abscesse festgestellt; im Urin noch andere Mikroben.

Blut, aus einer Vene am Arm genommen, ergab ursprünglich negatives kulturelles Resultat; die zweite Kultur positives; die von dieser gewonnene dritte Kultur wurde einem jungen Manne in die Harnröhre übertragen und erzeugte innerhalb 24 Stunden einen Tripper.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Les complications cardiaques de la blennorrhagie. Von W. Sydney Thayer et J. W. Lazear (the journal of experimental medicine, 1899, Nr. 10, pg. 81) vom 12. August 1899, veröffentlicht zwei sehr ein-

sicht viel zu kompliziert und ihre Anwendung mit zu viel Umständen verbunden, um weitere Verbreitung finden zu können. Verf. empfiehlt dann eine Spülvorrichtung, welcher die Mängel der anderen Apparate nicht anhaften, und beschreibt dieselbe in ausführlicher Weise. Es handelt sich im wesentlichen um ein mittelweites Glasrohr, welches durch eine Scheidewand geteilt ist. Dieselbe reicht so weit nach unten, dafs das sehr weite, kreisförmige Lumen der Spitze genau durch sie halbiert wird. Der zuführende Teil des distalen Endes besitzt eine sehr weite Öffnung, der abführende ist zugeschmolzen. Der Abflufs wird durch ein an der abführenden Seite etwa 5 cm von der Spitze in einem nach vorne offenen stumpfen Winkel angeschmolzenes, kurzes, weites Glasröhrchen vermittelt, welches mit einem Drainrohr armiert wird. Den gröfsten Wert des Apparates sieht Verf. darin, dafs die Möglichkeit geboten ist, die differentialdiagnostisch so wichtige Irrigationsprobe in wenig umständlicher und doch exakter Weise auszuführen.

v. Hofmann-Wien.

Zur Technik der örtlichen Harnröhrenbehandlung mit Flüssigkeiten. Von Goldberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 31.)

G. hält es für nötig, wieder einmal daran zu erinnern, dafs bei der Behandlung des Trippers die „Mittel" vielfach zu Ungunsten der Technik ihrer Anwendung bevorzugt werden, und stellt diesbezügliche aus seinen Erfahrungen gewonnene Normen auf. Bei der Behandlung der Urethra anterior ist der Tripperspritze hinsichtlich ihrer Kapazität gröfsere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da die Kapazität der männlichen Harnröhre je nach physiologischer Anlage und augenblicklichem Entzündungszustande in weiten Grenzen schwankt. Es empfiehlt sich daher für den Arzt, bevor er dem Patienten die Spritze in die Hand giebt, die Kapazität seiner Harnröhre festzustellen, damit nicht entweder ein zur Entfaltung der Schleimhaut ungenügendes oder andererseits ein zu grofses Quantum eingespritzt wird, wodurch Verletzungen entstehen oder durch Erschlaffung des Sphincter externus Schädigung der Urethra posterior und der Blase eintreten können. Letztere Möglichkeit ist auch bei den Neisserschen prolongierten Injektionen in Betracht zu ziehen, bei denen der Schliefsmuskel ermüden und erschlaffen kann; man soll daher dem Patienten aufgeben, falls er bemerkt, dafs nicht ebensoviel Flüssigkeit, wie er in die Röhre hineingebracht hat, wieder herausspritzt, das Eingespritzte nicht länger als 1—2 Minuten in der Harnröhre zu belassen. —

Für die Behandlung der Urethra anterior mittelst Spülungen mit gröfseren Flüssigkeitsmengen giebt G. der Janetschen Methode vor der Anwendung der Handdruckspritze oder des Katheters weit den Vorzug; niemals soll man aber eine derartige Behandlung dem Patienten selbst überlassen. —

Letztere Vorschrift gilt insbesondere auch für die Einbringung von Flüssigkeiten in die Urethra posterior; kommt eine solche in Frage, so mufs vorher die Anterior gründlich gespült werden. Auch hier, d. h. für die Urethra posterior, ist den Spülungen mittelst des Irrigators nach Janet vor der Anwendung der Handdruckspritze der Vorzug zu geben; ist jedoch

der Sphinkterentonus schwer überwindbar, so empfiehlt sich die indirekte Berieselung mit einem elastischen vorn geknöpften Katheter, etwa Charrière 10.

Paul Cohn-Berlin.

Due casi di gonococcemia. Von Parichi. (Settiman. med. 1899, Okt. 7).

Zwei Fälle von Tripperrheumatismus bei lange bestehender Gonorrhoe. Der Harnröhrenausflufs enthielt zahlreiche Gonokokken. Aus dem Blute wurden Gonokokkenkulturen erhalten, was in der Regel nicht gelingt. Auch der Autor hat zahlreiche andere Fälle in dieser Hinsicht untersucht, ohne je zu einem positiven Resultate zu gelangen. Als Nährböden benutzte P. Agar und menschliches Blutserum. Mikroskopisch konnte man im Blute keine Gonokokken nachweisen, weder intra- noch extracellulär.

v. Hofmann-Wien.

Note sur le blennoragisme et quelques accidents se rapportant à cet état morbide. Par M. M. Dr. Le Clerc-Danoy. (Journ. Med. de Brux. 1899, No. 32.)

Allgemeininfektionen im Anschlufs an Gonorrhoe sind in den letzten Jahren so vielfach mitgeteilt worden, dafs ein neuer Beitrag kaum noch geliefert zu werden brauchte. Der Verfasser hat in jedem Stadium der Gonorrhoe solche Allgemeininfektionen auftreten sehen und führt als Beispiele Myalgien im Bereich des Schenkels, des Kniees etc. an, in einem Falle trat ausgesprochene Muskelatrophie im Anschlufs an Gelenkaffektionen ein. Als Vermittler der Allgemeininfektion sieht er die Toxine des Gonococcus an; er hat in allen Fällen nur Besserung resp. Heilung eintreten sehen, wenn die Gonokokken am primären Herd beseitigt waren.

Ludwig Manasse-Berlin.

Étude bactériologique et expérimentale sur un cas remarquable d'infection gonococcique généralisée. Von Colombini. (Centralblatt für Bakteriologie. Vol. XXIV, Nr. 25, pg. 955).

28 jähriger Mann, Handarbeiter, wurde tripperkrank und pflegte sich schlecht; 14 Tage später linksseitige Leistendrüsenanschwellung, die geöffnet werden mufste, dann linksseitige Nebenhodenentzündung, die ebenfalls zur Vereiterung führte; weitere 14 Tage Fieber mit beträchtlicher Abmagerung und Auftreten von Albuminurie; es bildete sich eine Vereiterung der rechten Ohrspeicheldrüse, die ebenfalls geöffnet werden mufste.

Mikroskopisch wurden ausschliefslich Gonokokken in dem Eiter der Harnröhre und demjenigen sämtlicher geöffneter Abscesse festgestellt; im Urin noch andere Mikroben.

Blut, aus einer Vene am Arm genommen, ergab ursprünglich negatives kulturelles Resultat; die zweite Kultur positives; die von dieser gewonnene dritte Kultur wurde einem jungen Manne in die Harnröhre übertragen und erzeugte innerhalb 24 Stunden einen Tripper.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Les complications cardiaques de la blennorrhagie. Von W. Sydney Thayer et J. W. Lazear (the journal of experimental medicine, 1899, Nr. 10, pg. 81) vom 12. August 1899, veröffentlicht zwei sehr ein-

gehend geführte Krankengeschichten mit Obduktionsbefunden und bespricht das durch den Gonococcus veranlafste Auftreten von Endocarditis, Pericarditis und Myocarditis. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Muskelerkrankungen bei Harnröhrentripper. Von Prof. Dr. Hermann Eichhorst. (Deutsche med. Wochenschrift 1899, Nr. 42.)

Im Anschlufs an eine akute Gonorrhoe sah E. bei einem 56jährigen Patienten auf der medizinischen Klinik in Zürich eine Muskelentzündung am rechten Oberschenkel auftreten. In der 4. Woche der Erkrankung etwa bildete sich unter lebhaften brennenden Schmerzen und leichter Fiebersteigerung eine unscheinbare Härte über der Mitte und an der Aufsenseite des rechten Oberschenkels aus. Die Schmerzen gingen nach einigen Tagen wieder zurück, es blieb aber eine Empfindlichkeit an der affizierten Stelle zurück, und bei der Entlassung des Patienten nach weiteren 4 Wochen war das Infiltrat im Muskel wohl kleiner geworden, aber immer noch sehr deutlich als derber Knoten nachweisbar.

E. weist auf die überaus grofse Seltenheit dieser Tripperkomplikation hin. Unter 913 von ihm beobachteten Gonorrhoen ist diese Affektion von ihm nur dieses eine Mal beobachtet worden; auch sonst finden sich in der deutschen Litteratur nur ganz spärliche Mitteilungen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Traitement du rheumatisme gonorrhéique. Par M. le Dr. Schuster (Aachen). (Journ. Méd. de Brux. 1899. No. 29.)

Vor 10 Jahren etwa berichtete der Verf. über eine Anzahl von Fällen, bei denen sich im Anschlufs an Gonorrhoe eine Reihe von Komplikationen wie Iritis, Gelenkschwellungen, Schmerzen im Calcaneus und Veränderungen am Herzen einstellten, die er um so mehr als syphilitische aufzufassen geneigt war, als das Quecksilber einen günstigen Einflufs äufserte. Von dieser Anschauung ist Sch. in letzter Zeit zurückgekommen. Er hat vor 2 Jahren im Archiv für Dermatologie und Syphilis (Band XL, 2. und 3. Heft) einen Fall mitgeteilt, bei dem sich an eine Gonorrhoe die allerschwersten Erscheinungen anschlossen, Schwellungen in fast allen gröfseren und kleineren Gelenken mit lebhaften Schmerzen und Kontrakturen, so dafs Pat. in einen völlig desolaten Zustand geriet. Von Syphilis war nichts nachzuweisen. Gleichwohl brachte eine Schmierkur in Verbindung mit heifsen Bädern eine auffallende Besserung. In den letzten Jahren hat Sch. noch mehrere ähnliche Fälle beobachtet und er ist geneigt, eine gonorrhoische Allgemeininfektion (gonorrhéisme) im Anschlufs an Gonorrhoe ganz ähnlich dem Ausbruch der Syphilis im Anschlufs an das Ulcus durum anzunehmen. Er hat diese gonorrhoische Allgemeininfektion in allen möglichen Kombinationen mit und ohne Lues beobachtet. So sah er unter anderem einen Pat. Lues und Gonorrhoe gleichzeitig acquirieren. Die Lues heilte aus, die chronische Gonorrhoe mit Rheumatismus des Kniegelenks blieb bestehen. Ein Pat., der vor 10 Jahren Lues durch gemacht hat, acquirierte Gonorrhoe, an die sich nunmehr allerhand Komplikationen, wie sie oben geschildert wurden, an-

schliefsen. Salicyl, Antipyrin und alle bekannten Antirheumatisca versagten, erst eine Schmierkur brachte Heilung.

Neben dem Quecksilber empfiehlt der Verf., wie schon angedeutet, für diese Fälle heifse (Moor-) Bäder daneben aber auch eine sorgfältige Behandlung des Grundleidens, d. h. der Gonorrhoe selbst, für die er den Janetschen Spülungen den Vorzug giebt.

Ludwig Manasse-Berlin.

7. Bücherbesprechungen.

Ursachen und eine neue Methode zur vollkommenen Heilung der chronischen Gonorrhoe. Von Dr. med. Hinz, dir. Arzt des Sanatoriums z. Schwedt a. O., früher Assistenz v. Dr. Lahmann a. d. Haufeschen Lungenheilanstalt i. Schwarzwald. Leipzig 1899, C. E. Demme.

Ein stolzer Titel fürwahr, welcher indessen schon das Zugeständnis enthält, dafs es wohl auch schon ältere Methoden geben mag, um dasselbe Ziel zu erreichen. Um das Gute, eventuell das Bessere, da zu nehmen, wo man es findet, verdient dieses 22 kleine Oktavseiten grofse Büchlein gewifs unsere ernste Beachtung. Zunächst hätte uns der Verf. aber nicht die Definition schuldig bleiben dürfen, was er unter chronischer Gonorrhoe versteht. Chronische Gonorrhoe und chronische Urethritis postgonorrhoica sind doch ganz wesentlich verschiedene Dinge. Dann fällt die ungenügende Litteraturkenntnis des Herrn Verf. insofern auf, als er einleitend bemerkt, dafs „unsere neuesten, besten Lehrbücher (welche ? Ref.) und unsere ersten Autoritäten“ (welche ? Ref.) der Meinung sind, „der Rest von Ausflufs bez. die sogenannten Tripperfäden seien keine Krankheit mehr, vielmehr nur ein nicht ganz normaler Zustand“ u. s. w.

Leider giebt es solche schlechten Lehrbücher und sogenannte Autoritäten, aber die guten Bücher und unterrichteten Fachmänner kennen längst die wahre Bedeutung des Morgentropfens und des in seiner Stärke wechselnden terminalen Ausflusses sowohl bei chronischer Gonorrhoe, wie bei chronischer Urethritis, sowie den richtigen Zusammenhang zwischen beiden genannten Formen und die Erkrankung der Adnexe der männlichen Urethra und der damit zusammenhängenden sexuellen Neurasthenie. Schade, dafs gerade diese Bücher und Männer der Wissenschaft dem Herrn Verf. unbekannt geblieben sind.

Als Hauptursache der „chronischen Gonorrhoe“ erwiesen sich dem Hrn. Verf. sowohl bei Pat., welche nur noch des Morgens schleimigen oder schleimeiterigen Ausflufs hatten, der regelmäfsig oder von Zeit zu Zeit auftrat, die nächtlichen Erektionen. Deshalb modifizierte Verf. seine bisherige Therapie, welche wesentlich in Ruhe und hydriatischen Mafsnahmen bestand, dahin, dafs er, um jede Erhöhung des Pulsdruckes zu vermeiden, Sofa- oder Bettruhe verordnete, häufigere prolongierte kühle Sitzbäder resp. kürzere kalte, nachher T-binde, kalte Vollbäder, Luftbäder nehmen liefs, kurz ein tonisierendes Verfahren einschlug. Bier und Wein (verdünnt) gestattet er soviel, als diese Getränke das Individuum nicht erregen, sonst reichlich kaltes

Wasser, Limonaden, Brunnen. Die pathologisch anatomische Erklärung für die sekretionsbefördernde Wirkung des erhöhten Pulsdruckes sieht Verf. in der Lockerung des tieferen (?) Bindegewebes und der klebenden Intercellularsubstanz zwischen den Epithelien der urethralen Schleimhaut, so dafs Spalten entstehen, durch welche bei erhöhtem Drucke Lymphflüssigkeit durchtreten mufs. Dauerndes Kleinbleiben des Gliedes ermöglicht am ehesten den Schlufs der defekten Stellen. Solchen Zustand will Verf. bei sexuell leicht erregbaren Personen durch ein kaltes Sitzbad vor dem Schlafen, dann feuchtkalte T-binde und durch Verkürzung des Morgenschlafes um eine Stunde erzielen. Eventuell mufs der Pat. sogar wiederholt geweckt werden, wiederholt ein Sitzbad erhalten u. s. w. Die Abendlektüre soll eine ernste sein, ferner morgens und abends ein Bleiboklystier genommen werden.

Es ist nun kaum zu bezweifeln, wenn man nur einige hydrotherapeutische Erfahrungen sich erworben hat, dafs bei einzelnen Fällen oberflächlicher Infiltration der Mucosa und Abwesenheit von Gonokokken (Verf. scheint die mikroskopische Untersuchung des Sekrets ganz vernachlässigt zu haben, ohne welche man doch weder Schleim, noch Eiter, noch Samen oder Prostataflüssigkeit differenzieren kann), die vom Verf. erprobte Behandlung vollständige Heilung bringen kann. Aber wie vielgestaltig ist doch das Bild der chronischen Gonorrhoe resp. chronischer Urethritis postgonorrhoica! Wieviel überzeugender würde Verf. geschrieben haben, wenn er auf Grund eingehender urologischer Kenntnisse die einzelnen Fälle genau klassifiziert und davon Krankengeschichten beigebracht hätte, deren Fehlen hier zwar erklärlich ist — denn für den Verf. hätte eine wohl fast ebenso wie die andere gelautet — aber doch nicht zu billigen ist. Bei aller seiner Vorliebe für hydriatische und thermische Hilfsmittel in seinem Spezialfache kann doch Ref. aus seinen Zweifeln kein Hehl machen, dafs die Infiltrate härterer Beschaffenheit schwerlich ohne mechanische Behandlung weichen werden und dafs die mit Prostata, Samenblasen, follikulären und glandulären Prozessen verknüpften Erkrankungen der Harnröhre sich doch wohl nicht so ohne weiteres über ein und denselben therapeutischen Leisten schlagen lassen. Zum Beispiel würde Fortbleiben der Erektionen die Grundbedingung für Eintritt der Heilung sein, so wären diejenigen Fälle von Impotenz, welche im Anschlusse an Infiltrate der hinteren Harnröhre entstanden waren, schon an und für sich auf dem besten Wege der Selbstheilung, wenn nur die Thatsachen nicht eine so ganz andere Sprache redeten. So ohne wissenschaftliche Grundlage prophezeie ich dem Schriftchen nur eine kurzlebige Existenz; seine Stimme wird verhallen bei den Vertretern der sogenannten alten Schule wie die des Predigers in der Wüste. Es würde Ref. freuen, wenn seine Anregung mit dazu beitragen würde, den Herrn Verf. zu bewegen, seine Resultate noch einmal am Mafsstabe des positiven urologischen Könnens zu prüfen und dann in wissenschaftlicher Form noch einmal zu veröffentlichen.

Dr. Scharff-Stettin.

Spastischer Verschlufs der Speiseröhre als Symptom von Harninfektion.

(Nach einem am IX. Kongresse polnischer Chirurgen in Krakau gehaltenen Vortrage.)

Von

Dr. **S. Grosglik** aus Warschau.

M. H.! Im Verlaufe von Harnvergiftung pflegen Störungen in den Verdauungsorganen aufzutreten, die zuweilen solche Dimensionen erreichen, dafs sie das Grundleiden vollkommen maskieren. Diese Störungen vergesellschaften sich meistens mit der chronischen Form der Infektion, welche sich häufig latent entwickelt und ohne Temperatursteigerungen, ja manchmal unter subnormaler Körperwärme verläuft. Sie sind zuweilen so hartnäckig und führen so rasch zur Auszehrung der Kranken, dafs dieselben sehr bald ein vollständiges Bild einer Krebskachexie bieten können. Es kommt auch nicht selten vor, dafs ein Internist, welchen solche Kranken zuerst konsultieren, die irrtümliche Diagnose eines Magen- oder Darmkarcinoms stellt und den Kranken an einen betreffenden Spezialisten dirigiert, oder ihn selbst mit medikamentösen Mitteln — offenbar ohne jeden Erfolg — behandelt. Es sind aus der Litteratur Fälle bekannt, wo solche diagnostische Irrtümer von hervorragenden Ärzten begangen wurden. In solchen Fällen war eine Lokalbehandlung der Infektion, als alleiniger Quelle des Leidens, von unzweifelhaftem Erfolge gekrönt, wodurch der Beweis eines unmittelbaren Zusammenhanges zwischen Harninfektion und Verdauungsstörungen erbracht wird.

Die erwähnten Störungen, deren Gesamtbild in der franzö-



sischen Litteratur unter dem Namen „grande dyspepsie urinaire“ bekannt ist, werden hauptsächlich durch folgende drei Symptome charakterisiert: Schlingstörungen, Erbrechen und Durchfall. Jedes Symptom für sich genommen ist schon für die Ernährung des Kranken von Nachteil; am ehesten aber führt zur Auszehrung das erschwerte Schlucken, welches auch die Hauptklage der Patienten bildet.

Zum Glück bezieht sich gewöhnlich die letzterwähnte Störung ausschliefslich auf feste Speisen. Flüssige und erweichte Speisen werden mit Leichtigkeit verschluckt und stofsen auf keinerlei Hindernisse auf dem Wege zum Magen. Diese Unmöglichkeit, feste Speisen zu schlucken, rührt von einer ungewöhnlichen Trockenheit der Mundhöhle her, welche von einer bedeutenden Herabsetzung der Speicheldrüsenthätigkeit abhängig ist. So kommt es, dafs die Franzosen, welche zuerst auf den Kausalnexus zwischen Verdauungsstörungen und Harninfektion aufmerksam machten, die Schlingstörung „dysphagie buccale“ benannten, — ein Termin, der die Lokalisation dieses unzweifelhaft schweren Symptoms in ausgezeichneter Weise definiert.

In der mir zugänglichen Litteratur habe ich keinerlei andere Entstehungsursache des in Rede stehenden Symptoms erwähnt gefunden. Inzwischen habe ich selbst einen Fall von schwerer Harninfektion beobachtet, wo die Schlingbeschwerden im unteren Abschnitt der Speiseröhre lokalisiert waren, was sogar zu einer irrtümlichen Diagnose eines Oesophaguskarcinoms Anlafs gegeben hatte.

Da mir der Fall auch aus anderen Gründen interessant erscheint, erlaube ich mir, ihn an dieser Stelle genau zu beschreiben.

Der 74jährige K. konsultierte mich am 23. Juli 1896, er klagte damals hauptsächlich über Unvermögen, den Harn im Schlafe zu halten. Patient erzählt folgendes: am Tage uriniere er ohne Beschwerden und Schmerzen etwa jede Stunde, seine Leibwäsche sei stets trocken und er fühle sich im allgemeinen gesund; sobald er aber zu Bett geht und einschläft, beginnt unfreiwilliger Abgang von Harn, so dafs er des öfteren aufstehen müsse, um die Bettwäsche in Ordnung zu bringen. Diese Erscheinung trat ohne bekannte Ursache auf und dauert bereits seit mehr als einem Jahre, dem Kranken den Nachtschlaf raubend. Auch am Tage während des Nachmittagsschläfchens pflegt sie sich einzustellen. Patient hat in der Jugend keine Krankheiten der Harnorgane durchgemacht; erst in den letzten Jahren bemerkte er, dafs

er den Harn öfter lassen mufste, mafs aber diesem Umstande keine besondere Bedeutung bei, sondern schrieb ihn dem Alter zu. Patient wundert sich ausserordentlich, dafs, trotz reichlicher Quantität des willkürlich gelassenen Urins, die obenerwähnten Zufälle noch vorkommen.

Die Untersuchung ergiebt guten Körperbau und mäfsige Ernährung. Puls 72, Zunge nicht belegt, feucht. Es werden auf einmal etwa 100 g Harn in einem dicken, aber schwachen, senkrecht herabfallenden Strahle entleert. Der Harn ist blafs, vollkommen durchsichtig, reagiert sauer, spezifisches Gewicht 1005. Er enthält weder Eiweifs noch Zucker, im spärlichen Sediment wird nichts Verdächtiges gefunden.

Die Bauchdecken schlaff, im unteren Teile des Abdomens fühlt man eine harte, glatte, längliche Geschwulst, welche sich von der Symphyse bis zum Nabel erstreckt und dortselbst die Bauchdecken vorwölbt — es ist dies die enorm gedehnte Harnblase. Durch das Rektum wird die bedeutend und gleichmäfsig vergröfserte Prostata palpiert. Die Nierengegend nicht schmerzhaft, die Nieren nicht palpabel.

Meine Diagnose lautete: Prostata-hypertrophie und inkomplete, chronische Harnretention.

Nachdem in die Blase ein Nélatonscher Katheter anstandslos eingeführt wurde, habe ich 200 g Harn entleert und 50 g gesättigte Borsäurelösung in die Blase eingespritzt; dann wurden wieder 200 g Harn entleert und abermals 50 g Borsäurelösung eingespritzt. Auf diese Weise betrug die gesamte Menge des auf einmal entleerten Blaseninhaltes 300 g, so, dafs die Blase etwa zwei Finger breit unter den Nabel zu stehen kam. Ich hielt es für angezeigt, diesen Eingriff eine Zeit lang zweimal in 24 St. zu wiederholen, in der Meinung, dafs nur eine allmähliche Blasenentleerung den Kranken vor unliebsamen Komplikationen schützen wird, welche so oft infolge plötzlicher Entleerung der übermäfsig gedehnten Blase auftreten.

Offenbar wurde diese meine Ansicht vom Patienten nicht geteilt, da derselbe schon nach zwei Tagen aus der Behandlung, die er sehr gut vertrug, fortgeblieben ist.

Nach Verlauf von $2^1/_2$ Monaten, am 9. Oktober, wurde ich zum Pat. abermals gerufen und zwar wegen beträchtlicher Verschlimmerung sowohl des allgemeinen als auch des lokalen Zustandes. Aus den Mitteilungen der Umgebung erfuhr ich, dafs Pat., da der Erfolg der Katheterbehandlung kein augenblicklicher war, einen anderen Arzt konsultierte, von dem er mehrere Wochen lang nur mit medikamentösen Mitteln behandelt wurde. Als auch diese Therapie fehl schlug, und sich zu den oben geschilderten Symptomen noch Übelkeiten und zeitweises Erbrechen hinzugesellten, suchte Pat. Rat bei einem ihm bekannten Heilgehilfen. Dieser führte in die Blase einen Katheter ein und entleerte auf einmal mehr, als zwei Quart Urin. Seit dieser Zeit war Patient nicht mehr imstande, den Harn willkürlich zu lassen; es stellte sich unfreiwilliger Harnabgang sowohl am Tage, als auch in der Nacht ein. Abermalige Katheterisation liefs Pat. nicht zu. Gleich

am nächsten Tage nach der Blasenentleerung verschlimmerte sich sein Zustand bedeutend; die Üblichkeiten und das Erbrechen steigerten sich, Pat. magerte binnen kurzer Zeit erheblich ab. Dieser Zustand dauerte etwa drei Wochen, es wurde dann ein Arzt konsultiert, welcher die Blase zweimal täglich entleeren liefs. Trotzdem nahmen die Verdauungsstörungen stets zu. Am quälendsten für den Kranken war das immer häufiger werdende Erbrechen, dessen Charakter seit einiger Zeit sich vollständig änderte. Während Patient früher zumal flüssige und weiche Speisen mit Leichtigkeit zu schlucken vermochte und dieselben nach 2—3 Stunden erbrach, stellte sich vor zwei Wochen plötzlich absolutes Unvermögen zu Schlucken ein; es werden sogar flüssige Speisen sofort nach der Aufnahme erbrochen. Diese Störung trat plötzlich auf und dauert beständig fort, so dafs Pat. seit einiger Zeit gar nicht ernährt wird. Als sein Zustand gefahrdrohend wurde, ist ein Spezialist für Magenkrankheiten herbeigerufen worden, der, angesichts der bedeutenden Abmagerung, die Vermutung ausgesprochen hat, es handele sich um eine bösartige Neubildung der Speiseröhre. Diese Vermutung gewann an Wahrscheinlichkeit, als der betreffende Arzt mit einer elastischen Magensonde auf ein unüberwindliches Hindernis im unteren Teil des Oesophagus stiefs, und zwar in einem Abstande von etwa 39 cm von den vorderen Schneidezähnen. Da er aber auf Grund einer Untersuchung sich über die Natur des Leidens definitiv nicht aussprechen wollte, beschlofs er, den Kranken abermals, und zwar mittels Olivensonde zu untersuchen. Die Untersuchung wünschte er in meiner Gegenwart auszuführen.

Status am 9. Oktober. Patient bietet das Bild einer hochgradigen Krebskachexie. Gesichtsfarbe gelb, eingefallene Wangen, Nase spitz zulaufend, Stimme klanglos, kaum hörbar, Zunge trocken, rot, Puls 120, kaum fühlbar. Die Körpertemperatur dem Gefühle nach nicht erhöht; während des ganzen Krankheitsverlaufes wurden weder Schüttelfrost noch Fieber beobachtet. Es besteht starkes Durstgefühl, Patient erbricht jedoch nach einigen Minuten alles Genossene: Wasser, Milch, Thee u. s. w. Nach Genufs irgendwelcher Speise, sei sie warm oder kalt, flüssig oder fest, hat Pat. das Gefühl eines Fremdkörpers an der Stelle, welche dem unteren Brustbeinende entspricht. Nach wenigen Minuten wird das Genossene, zur Erleichterung des Kranken, erbrochen.

Die Besichtigung des Pat. ergab ungewöhnliche Abmagerung des ganzen Körpers. Die Nierengegend schmerzlos, die Nieren nicht palpabel. Vollständige Urinretention. Der zweimal täglich mittels des Nélatonschen Katheters entleerte Harn ist stinkend; durch seinen beträchtlichen Eitergehalt macht er auf den ersten Blick den Eindruck von Abscefsinhalt, hat aber den normalen Säuregrad bewahrt. Es hat sich herausgestellt, dafs die Blase niemals gespült wurde. Die Untersuchung durch den Mastdarm ergab nur eine bedeutend vergröfserte Prostata.

Die in meiner Gegenwart ausgeführte Untersuchung mit einer harten Olivensonde ergiebt, dafs wir es mit einem Hindernis im unteren Teil der Speiseröhre zu thun haben, welches die Sonde am Herabgleiten in den

Magen hindert. Dieser Versuch hat meinen Kollegen in der definitiven Überzeugung bestärkt, dafs es sich unzweifelhaft um eine organische, offenbar bösartige Oesophagusstenose handele; dies wurde der Familie des Kranken mitgeteilt, und die traurige Prognose nicht verheimlicht.

Ganz verschieden wurde die Sache von mir aufgefafst. Trotz der scheinbaren Richtigkeit vieler von meinem Kollegen angeführten Gründe, trotz der äufsersten Auszehrung des Kranken konnte ich seine Meinung bezüglich der Natur des Leidens nicht teilen. Es ist nämlich kaum annehmbar, dafs eine organische Verengerung der Speiseröhre binnen kurzer Zeit so bedeutend wird, dafs der Oesophagus selbst Flüssigkeiten nicht passieren läfst. Da die erwähnten Störungen plötzlich und infolge fehlerhaften Katheterisierens auftraten, welches unzweifelhaft eine Harninfektion hervorrief, da ferner in dem betreffenden Falle noch vor dem Eingriffe urämische Symptome, wie Üblichkeiten und Erbrechen bestanden — ging meine Meinung dahin, dafs die Schlingstörungen in enger Beziehung zu der Infektion stehen, und dafs wir es hier mit einer urinösen, und nicht krebsigen Kachexie zu thun hatten. Da die Sondenuntersuchung durch eine geübte Hand ausgeführt wurde und an der Existenz einer Stenose im unteren Abschnitt des Oesophagus nicht den geringsten Zweifel aufkommen liefs, so mufste ich die Stenose als spastisch, infolge der Urinintoxikation entstanden, erklären. Meiner Überzeugung nach vermochte nur eine spastische Verengerung binnen so kurzer Zeit eine absolute Undurchgängigkeit der Speiseröhre herbeizuführen.

Zwar wurde mein Kollege, der von einem Zusammenhang zwischen Harninfektion und Schlingstörungen nichts wissen wollte, durch meine Beweise nicht überzeugt, dennoch wurde die Richtigkeit meiner Ansicht durch die Erfolge der Therapie bald bestätigt.

Während unsere Ansichten in Bezug auf die Natur des Leidens durchweg verschieden waren, stimmten dieselben, was die Prognose betraf, vollkommen überein. Thatsächlich schien die erschreckende Auszehrung des Kranken ein baldiges Ende zu verkündigen. Trotzdem die Hoffnung, den Kranken beim Leben zu erhalten, sehr gering war, hielt ich es für notwendig, sofort in energischer Weise die urämischen Erscheinungen zu bekämpfen; ich gab mir dabei die möglichste Mühe, um das erlöschende Leben durch entsprechende Ernährung zu erhalten.

Angesichts der Undurchgängigkeit der Speiseröhre wurde der Kranke hauptsächlich durch den Mastdarm mittels Nährklysmen ernährt; ich liefs jedoch versuchsweise etwa alle 10—15 Minuten einen Theelöffel in Eis gekühlter sauerer Milch darreichen. Die Bekämpfung der Infektion bestand in Entleerung der Blase viermal täglich und Ausspülung derselben mit 1 : 2000 Lösung von salpetersauerem Silber. Natürlich habe ich auf reinliche Ausführung dieses Eingriffes besonderes Gewicht gelegt.

Die erstaunliche Wirkung der von mir angewendeten Lokaltherapie gab sich alsbald in der Besserung des Allgemeinzustandes des Patienten kund. Nachdem die ersten paar Löffel sauere Milch erbrochen wurden, begann

Patient noch an demselben Tage besser zu schlucken, am nächsten jedoch vermochte er schon Milch anstandslos zu genieſsen. Nach wenigen Tagen machte die Besserung solche Fortschritte, daſs alle flüssigen und weichen Speisen verschluckt werden konnten, binnen zwei Wochen war die Durchgängigkeit sowohl für feste als für flüssige und weiche Speisen wieder hergestellt. Pat. begann sich regelmäſsig zu ernähren, wodurch rasch eine Besserung des Allgemeinzustandes eintrat. Dieselbe ging Hand in Hand mit günstigem Verlauf des Prozesses in der Blase. Unter dem Einflusse einer systematischen Blasenbehandlung nahm der Eitergehalt des Harns täglich ab, so daſs ich nach Verlauf von 20 Tagen, von Beginn der Behandlung, den Kranken aus derselben entlassen konnte.

Die Blasenspülungen wurden noch zwei Monate lang fortgesetzt, bis die Funktionsfähigkeit der Blase fast vollständig normal wurde. Ich hatte die Gelegenheit, Pat. von Zeit zu Zeit wiederzusehen. Derselbe nahm an Körpergewicht bedeutend zu und ist trotz des vorgerückten Alters bis jetzt noch auſserordentlich thätig. Er benützt den Katheter nur einmal in 24 Stunden.

Der Fall ist aus mehreren Gründen interessant. Er beweist, daſs **Schlingbeschwerden im Verlaufe einer Harnintoxikation nicht bloſs, wie dies allgemein behauptet wird, von Veränderungen in der Mundhöhle, sondern auch von einer spastischen Stenose der Speiseröhre abhängen können; diese Erscheinung ist im allgemeinen selten und bei Harnvergiftung bisher nicht beobachtet worden.** Wie wir gesehen haben, kann solcher Krampf lange Zeit dauern und selbst einem geübten Arzte zu einer falschen Diagnose auf Neoplasma Anlaſs geben. Die gegen das Grundleiden — nämlich die Infektion — gerichtete Kausalbehandlung vermag in kurzer Zeit die Verdauungsstörungen zu beseitigen, während innere Mittel hier ganz nutzlos sind. **Dieser Einfluſs der Kausalbehandlung verdient um so mehr Interesse, als sie in einem verzweifelten Falle von Erfolg war, in einem Falle, wo die Prognose, mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand, sehr schlecht war.**

Der Umstand, daſs in unserem Falle der langdauernde Oesophaguskrampf unter dem Einflusse der Blasenbehandlung nachgegeben hat, beweist zweifellos, daſs **diese Erscheinung nicht spontan, sondern infolge der Urinvergiftung, mit welcher sie eng verknüpft ist, aufgetreten war.**

Über Prostataverletzungen durch Unfall.

Von

Dr. med. **F. M. Oberlaender.**

(Schlufs.) *)

Was die Ätiologie unserer Fälle anlangt, so ist der Beginn der schweren Entzündungssymptome mit dem daraus resultierenden Siechtum resp. den schweren Entzündungserscheinungen zweifellos auf die erlittene Verletzung zurückzuführen, da sich dieselben unmittelbar daran anschlossen. Wie ich schon erwähnte, nehme ich an, dafs es sich von vornherein immer um anatomisch nicht normale Prostatadrüsen gehandelt haben wird. Die Patienten waren insgesamt verheiratet und Väter zahlreicher Kinder; der Coitus reservatus wurde zwar geleugnet, indessen läfst sich das nicht feststellen. Gonorrhoe scheint als genetisches Moment der vorhanden gewesenen Prostatareizung immer ausgeschlossen gewesen zu sein. Die in allen Fällen vorhandenen, wochenlang anhaltenden starken Schmerzen im After und im Kreuze, die Beschwerden beim Urinlassen und in der Glans, machen die weitere Annahme einer Verletzung der Drüsensubstanz bei dieser Gelegenheit zur Gewifsheit. Die Verletzungen hat man sich als Quetschungen oder Risse zu denken. Da in keinem Falle direkt darnach blutiger Urin auftrat, ist die Beschränkung derselben auf die Drüsensubstanz ziemlich sicher, obschon der Gedanke einer Verletzung der prostatischen Harnröhre nahe liegt. Auch würden für diesen Fall die sonst unvermeidbaren Erscheinungen der Urininfiltration fehlen. Bis in die Mucosa des Rektums sind die Verletzungen vermutlich auch nicht gegangen, da die Beschwerden beim Stuhl direkt darnach nie hervorragend waren. Es ist sogar nicht einmal denkbar, dafs durch

*) Durch ein Versehen ist bedauerlicherweise die Bemerkung „Schlufs folgt" an der betreffenden Stelle der vorigen Nummer fortgeblieben. — Red.

ein blofses, wenn auch noch so heftiges Niedersetzen auf eine harte Unterlage, eine in Betracht kommende Verletzung des muskulären Schlauches des Rektums stattfinden kann. Ebenso ist nicht anzunehmen, dafs die Verletzungen die harte und elastische Drüsenkapsel überschritten haben könnten, im Gegenteil wird dieselbe vermöge ihrer anatomischen Beschaffenheit, wie immer auch die Drüsensubstanz beschaffen sein mag, einem Weitergreifen der Verletzung einen grofsen Widerstand entgegensetzen müssen.

Ich glaube, dafs bestimmte individuelle Beschaffenheiten: geringes Fettpolster ad nates, eine besonders nahe der Anusöffnung liegende Drüse, schlaffe Anusmuskulatur, also Verhältnisse, welche geeignet sind, den Stofs unmittelbar und mit voller Gewalt auf die Drüse wirken zu lassen für das Zustandekommen der Verletzung wichtige Momente sind. Eine genauere Kenntnis der im einzelnen möglichen Veränderungen der abnormen, wenn auch latent bleibenden Erkrankungen der Drüse in solchen Fällen ist zur vollen Erklärung der Vorgänge vielleicht auch noch nötig. Wie schon einleitend erwähnt wurde, kann man deutlich weichere und härtere, grofs- und kleinknotige, mehr oder weniger grofse Drüsen palpieren. Die weichen hat man sich als chronische Stauungen flüssigen Sekrets in den Drüsenbälgen zu denken. Durch diesen chronischen Erweiterungszustand müssen die von Natur festen und harten muskulären und bindegewebigen Substanzen der Drüse auseinandergedrängt, schlaff und weniger widerstandsfähig werden. Hält ein solcher Zustand Jahrzehnte lang an, wie man ungezwungen als thatsächlich anzunehmen berechtigt ist, und erfolgen immer neue Nachschübe von Schädlichkeiten, so kann man sich denken, dafs in der Widerstandsfähigkeit einer solchen abnormen Drüse gegen Verletzungen eine grofse Abschwächung eintreten mufs. Vielleicht werden die weichen, erweiterten, schlaffen Drüsen zu solch' geringer Widerstandsfähigkeit besonders neigen. Von den ebenfalls häufig vorkommenden, harten Drüsen glaube ich dies weniger voraussetzen zu können. Ich verzichte hier aus ganz bestimmten Gründen auf ein genaueres Eingehen auf die pathologischen Drüsenveränderungen.

Etwas mehr Schwierigkeit bietet die Genese der Ent-

zündung. Die Einwanderung der entzündungs- und eitererregenden Bakterien scheint sich von Fall zu Fall ändern zu können. In Fall III und IV liegen jedenfalls durchaus anders geartete Entzündungs- und Eiterungsvorgänge vor als im Falle I und II. In keinem der 4 Fälle konnte durch ein Kulturverfahren die Natur der Mikroorganismen festgestellt werden. Bei Fall IV möchte ich annehmen, dafs Influenzainfektion beteiligt gewesen ist. Bei den anderen müfste die Frage jedoch unentschieden bleiben. Die Einwanderung der Entzündungserreger kann man sich durch Harnröhre oder Rektum oder auf beiden Wegen entstanden denken. Kontinuitätstrennungen in der Nähe des Rektums und der Harnröhre lassen ja immer genügende Erklärung dafür finden.

Diagnostisch und in Bezug auf den Verlauf ist eine irrtümliche Deutung unserer Fälle nicht statthaft. Die Form der Entzündung ist in allen Fällen eine purulente gewesen, die aufserordentliche Schmerzhaftigkeit und das teilweis vorhandene periodische Fieber schliefsen eine andere Möglichkeit aus. Entsprechend der Gröfse der Verletzung und der Qualität der einwirkenden Entzündungserreger werden sich in der Nähe der Kontinuitätstrennungen mehr oder weniger umfangreiche Eiterherde gebildet haben, deren Entwickelung und Verlauf wie bei allen chronischen Prostataerkrankungen sehr protrahiert sein kann. Nimmt man nun an, dafs es sich bei unseren Verletzungen um eine gröfsere Anzahl kleinerer Kontinuitätstrennungen der bereits in ihrer Widerstandsfähigkeit chronisch herabgesetzten Drüsengewebe handelt, welche durch anatomische Lage, Bau und Funktion zu chronischen Entzündungen von Natur aus disponieren, so wird man in jeder Beziehung leicht den Verlauf sich verständlich machen können.

Auffallend ist es, wie schlecht man die Prognose bei einzelnen der Verletzungen zu stellen genötigt ist. In den besonders schweren Fällen hat sich direkt an die Verletzung das Siechtum angeschlossen. Es mufs also direkt die Art und Lage der durch den Sturz verursachten Kontinuitätstrennungen in der Weise die anhaltende Krankheit verursachen. Bei Fall II gelang es durch Schrumpfung der Drüse nach der Kastration die Entzündungen, welche sich nach dem Falle entwickelten, zum

Stillstand, Aufsaugung und zur definitiven Vernarbung zu bringen. Die darnach sich bildenden Narben üben aber trotz alledem eine solche chronische Reizung aus, dafs der Patient heute noch arbeitsunfähig ist. Auch wenn ich zugeben mufs, dafs derselbe seine Beschwerden übertreiben kann, so schildert er doch den Sitz der Schmerzen in den Funikeln so genau, dafs eine Simulation ausgeschlossen ist. Immerhin führt derselbe ein recht erträgliches Leben, obschon er seinem Berufe als Maurer nicht nachgehen kann, gegen den überaus bedauernswerten Fall IV, welcher vielfach bettlägerig ist und die schwersten schmerzhaften Entzündungsepochen heute noch durchzumachen hat. So habe ich nachträglich erfahren, dafs demselben die kurze Reise nach Dresden und meine überaus schonende Palpierung der Drüse wochenlange, äusserst schmerzhafte Entzündungen hat durchmachen lassen. Ein Beweis dafür, dafs der Prozefs nach fünfjährigem Bestehen noch lange nicht vernarbt ist. Gewifs ein einzig dastehender Fall.

Die Hauptschuld an der Schwierigkeit der Ausheilung der operativ nicht beeinflufsten Fälle liegt in der Unmöglichkeit kontrolierbarer und unkontrolierbarer Schädlichkeiten von dem Erkrankungsherde abhalten zu können.

Die Therapie ist in unseren Fällen wenig erfolgreich gewesen. Bei Fall I haben wir mit den gewöhnlichen Mitteln eine Heilung erreichen können. Bei Fall II ist die bessernde Wirkung der Kastration bemerkenswert, es erfolgte Schrumpfung der Drüse, aber die trotz alledem fortbestehenden allgemeinen nervösen Beschwerden konnten nicht beseitigt werden, ebensowenig gelang es dadurch die Harnbeschwerden auf die Dauer zu beseitigen. Dafs schliefslich ein Kastrierter nach Jahren immer noch über Erektionen und Beschwerden durch solche klagt, ist immerhin überraschend. Im übrigen hat man ja auch nach der Kastration bei Prostatikern nach einem kurzen Enthusiasmus recht ungenügende Resultate zu verzeichnen gehabt. Fall III ist insofern sehr interessant, als er den natürlichen Verlauf der Verletzung und das daraus resultierende schwere Siechtum veranschaulicht. Der Kollmannsche Fall IV fällt etwas aus dem Rahmen. Ich zweifle dabei keinen Augenblick, dafs für die schweren entzündlichen Zustände das primär veranlassende Mo-

ment die erlittene Verletzung gewesen ist. Als genetisches Moment der Entzündung wird man Influenza anzusehen haben; die von mir beobachteten Prostataabscesse nach Influenza ähneln demselben sehr in ihrem Verlaufe. Nur habe ich bei letzteren merkwürdigerweise keine oder nur geringe Fieberbewegungen beobachten können. Freilich wechselt dies bei der Influenza sehr.

Als eine radikale Hilfe dürfte noch die vollständige Ausschälung der Drüse — Prostatomie — anzusehen sein. Man vergleiche darüber: Centralblatt 1898, Seite 11. Verhoogen: Über einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung. Ebendaselbst findet sich auch eine genaue Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur. In erster Linie dürfte selbstverständlich die Funikulotomie als absolut ungefährlicher Eingriff in Betracht kommen.

Der wissenschaftlich verwertbare Inhalt der Arbeit dürfte sich in folgenden Sätzen zusammenfassen lassen:

I. Bei dem Träger unbewufst vorhandenen pathologischen Prostataveränderungen kommen nur auf die Drüse beschränkte Verletzungen derselben durch Fall auf das Gesäfs vor.

II. Diese Verletzungen haben oft eine schlechte Prognose und können anhaltendes Siechtum nach sich ziehen.

III. In geeigneten solchen Fällen ist als chirurgischer Eingriff zunächst die Funikulotomie oder die Totalexstirpation der Drüse in Aussicht zu nehmen.

Litteratur.

1. Handbuch der spez. Chirurgie von Pitha und Billroth. 1871 bis 1875. Kocher, Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens, Samenstrang und Samenblasen.

2. Fischer jun., Leop.: Über Behandlungsmethoden der Prostatitis mit besonderer Berücksichtigung der Prostatahypertrophie. Bonn 1885.

3. Michaut: Sur un cas d'ulcération tuberculeuse de l'urèthre consécutive à une tuberculose rénale primitive. Bullet. de la société anat. de Paris. 1887. pag. 103. Referiert von Judassohn. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1888. IV.

4. Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Vereinigung. 1887/88.

Sitzung vom 6. Mai 1888. Lewin: 1. Über Syphilis und Tuberkulose der Prostata. 2. Tuberkulose des Nebenhoden. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1889. 1. Seite 149.

5. Dittel: Über Prostataabscesse. Wiener klinische Wochenschrift. 1889. Nr. 21 bis 23.

6. Posner: Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis. Kongrefs für innere Medizin. Wiesbaden. 15. bis 18. April 1889. Referat im Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1889. VI.

7. Realencyklopädie der gesamten Heilkunde von Eulenburg. II. Auflage. XVI. Band. Seite 25ff. Prostata von Englisch. VIII. Band. Seite 507ff. und XXI. Band. Seite 628ff. Artikel Grippe von Riess.

8. Dandolo: Sur un abscès aigu de la prostate. Gaz. med. lombard. 13. Juin 1891. Referiert von Barlow. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1892. I.

9. Berliner klinische Wochenschrift. 1892. Nr. 5 und 6. Ruhmann. Zu der Influenzapandemie. 1891/92.

10. Encyklopädische Jahrbücher. 1892. (Eulenburg.) 2. Jahrgang. Seite 315ff. Artikel Grippe von Riess.

11. König: Lehrbuch der spez. Chirurgie. 1894. II. Band. Seite 780ff.

12. Handbuch der Harn- und Sexualorgane von Oberländer-Zülzer. III. Abt. 1894. Hoffmann: Die Krankheiten der Prostata. Horrovitz: Die Krankheiten der Samenblase. Englisch: Die Krankheiten der Hüllen des Hodens. Hoffmann: Die Verletzungen des Hodens. Finger: Die Hoden und Nebenhoden.

Französischer Kongrefs für Urologie.

Vierte Jahresversammlung Oktober 1899.

I. Sitzungstag.

Unter dem Vorsitz Guyons erstatteten Malherbe (Nantes) und Leguen (Paris) das Referat über **„Essentielle Hämaturie"**. Sie heben hervor, dafs neben den symptomatischen Blutungen (Tuberkulose, Stein etc.) vielfach Bluthamen beschrieben wurde, welches unabhängig von einer Erkrankung der Harnorgane auftrat. Analysiert man diese Mitteilungen jedoch genauer, namentlich diejenigen, in denen neben der klinischen Beobachtung die anatomische Untersuchung gemacht werden konnte, so findet man nur verschwindend wenige, bei denen die Harnwege normal waren. In einem Falle bestand eine kalkige Inkrustation einer Pyramide, in anderen minimale Tuberkulose der Nieren, bei weitem am häufigsten nephritische Veränderungen, oft unbedeutendster Art, so dafs sie nicht als die Ursache der Blutung angesprochen wurden. Sklerosen in den Nieren, Narben nach Verletzungen erklären zur Genüge das Auftreten von Blutungen. Auch Wanderniere kann der Grund von Hämaturie sein, da nach der Nephropexie diese verschwand. Bei der Hämaturie während der Schwangerschaft nehmen Verf. ebenfalls leichte parenchymatöse oder interstitielle Entzündung infolge von Stauung als Ursache der Blutung an. Hämophilie lassen sie nicht gelten, da es unverständlich ist, warum gerade in den Nieren Blutung eintritt und sonst an keinem Organ. Die hypothetische Annahme einer Angioneurose ist durch nichts gestützt und so kommen die Referenten zu dem Schlusse, dafs eine essentielle Hämaturie nicht existiert: alle Nierenblutungen sind symptomatisch und beruhen auf Allgemeinerkrankung oder auf einer Affektion der Nieren.

Die Behandlung der Fälle mufs eine chirurgische sein, und zwar kommen in Betracht die Nephrektomie, Nephrotomie, Nephropexie und auch die einfache Freilegung der Niere durch explorativen Lumbalschnitt. Die Nierenexstirpation ist nur bei Tumoren, beginnender Tuberkulose und dann angezeigt, wenn alle anderen Mittel versagten, während die Nephrotomie gute Resultate lieferte, wenn entzündliche Prozesse im Spiele waren.

In der Diskussion berichtet Guyon über 2 eigene Beobachtungen von Hämaturie bei Schwangeren; im ganzen sind 12 derartige Fälle mitgeteilt.

G. kommt nach kritischer Sichtung des Materials zu dem Resultat, dafs auch diese Blutungen nicht eigentlich als essentielle aufzufassen sind, hier vielmehr neben den mechanischen Behinderungen auch entzündliche Störungen die wesentlichste Rolle spielen, welche an sich so gering, dafs sie weitere klinische Erscheinungen nicht hervorrufen, doch schwere Hämaturie verursachen können.

Tédenat (Montpellier) bezweifelt ebenfalls das Vorkommen essentieller Hämaturie. Seine eigenen Erfahrungen haben ihn gelehrt, dafs regelmäfsig Organerkrankungen vorhanden sind; so z. B. komprimierte in einem Falle ein Colonkarcinom den Ureter und war die Veranlassung von Blutharnen, welches nach der Entfernung der Geschwulst rasch und dauernd aufhörte.

Poufson (Bordeaux) meint, der Begriff essentieller Hämaturie würde vollkommen verschwinden, wenn in jedem Falle die Nieren makroskopisch und mikroskopisch untersucht würden, denn neben den groben Affektionen seien es oft die minimalsten, welche in einem so gefäfs- und nervenreichen Organe Blutungen hervorrufen können. Besonders bei Wanderniere oder auch Retention aus anderer Ursache habe er Hämaturie beobachtet. Interessant ist ein derartiger Fall, in dem eine Schleimhautklappe an der renalen Uretermündung je nach der Lage der Niere mehr oder weniger vollständigen Verschlufs des Harnleiters verursachte; nach Spaltung der Klappe und Annähung der Niere trat Heilung ein.

Albarran (Paris) bemerkt, dafs seit der Arbeit Keesmarkers (1897), in welcher auf die Bedeutung der chron. Nephritis für die Nierenblutungen hingewiesen wurde, kein neuer Fall von essentieller Hämaturie mitgeteilt sei. Alle übrigen lassen sich in folgende 3 Gruppen teilen, 1. Hämaturie bei Wanderniere, 2. Hämaturie bei Hydronephrose, 3. Hämaturie bei larvierter chron. Nephritis. Von der letzteren sind 17 Fälle beobachtet und A. berichtet über einen neuen, bei dem durch Probeexcision aus der Niere ein Stück entfernt wurde und mikroskopisch diffuse interstitielle und parenchymatöse Nephritis gefunden wurde, welche klinisch so gut wie keine Symptome gemacht hatte.

Boursier (Contrexéville) hebt hervor, dafs Blutung oft lange Zeit hindurch das einzige Steinsymptom sein kann. Aber auch ungelöste Harnsäure und namentlich Oxalsäure können öfters recht beträchtliche Blutungen hervorrufen, indem die Epithelien durch die spitzen Krystalle verletzt werden. Vornehmlich bei Kindern beobachtete B. diese Form periodischer Hämaturie im Anschlufs an Verdauungsstörungen.

Hamonic (Paris) berichtet über Fälle, in denen scheinbar essentielle Hämaturie lange dem Ausbruch der eigentlichen Erkrankung vorausging.

1. Fall: Nierenblutung bei negativem Untersuchungsbefund; 5 Jahre später parenchymatöse Nephritis.

2. Fall: Starke Hämaturie, im Urin Krystalle von oxalsaurem Kalk; 3 Jahre später Entfernung eines Steines aus dem rechten Nierenbecken durch Nephrotomie.



3. Fall: Wiederholtes Blutharnen ohne objektiven Befund und nach 5 Jahren Exstirpation einer Niere wegen Miliartuberkulose.

4. Fall: 2 Jahre nach einer anscheinend spontanen Hämaturie wird ein Karcinom der linken Niere manifest.

Diese Beobachtungen beweisen die ernste Bedeutung spontan auftretender und ohne Behandlung wieder verschwindender Blutungen der Harnwege.

Galland-Gleize (Vittel) bestreitet ebenfalls das Vorkommen von Hämaturie ohne Organerkrankung. Er teilt 4 Beobachtungen aus seiner Praxis mit, in denen $1^1/_2$—7 Jahre Blutung der später konstatierten Krankheit (Nierenstein, Blasenstein [2mal], Blasentumor) vorausging.

Léon Imbert (Montpellier) stellt einen 33jährigen Patienten vor, der mit echter Hämophilie behaftet ist. Innerhalb der letzten 10 Jahre bestand bei demselben Hämaturie, die anfallsweise aufgetreten war und sich 4—5 mal wiederholt hatte.

Loumeau (Bordeaux) bestreitet das Vorkommen essentieller Hämaturie und würde sich nur berechtigt halten, den Ausdruck dann anzuwenden, wenn mikroskopisch die völlige Unversehrtheit des Nierenepithels nachgewiesen wäre. Er erwähnt noch einen Fall, bei dem Nierenblutung aus unbekannter Ursache aufgetreten war, die nach der Nephrotomie dauernd schwand. Die zunächst nur explorativ vorgenommene Nephrotomie kann somit kurativ wirken, falls nicht Tuberkulose, Krebs oder entzündliche Zerstörung der Niere vorliegt.

Ercat (Marseille) betont die schwere Komplikation der Nierenblutung bei Prostatikern. Für das Zustandekommen derselben sind hauptsächlich 3 Momente mafsgebend:

1. Die langdauernde Distension in den Harnwegen bei bestehender Arteriosklerose.

2. Die plötzliche und vollkommene Entleerung der Blase durch Katheterismus oder nach Cystotomie (Rochet) und

3. Die Infektion, welche öfters die Blutungen ex vacuo verstärkt; aus der einfachen Hämorrhagie wird eine septische Blutung, die meist unter den Erscheinungen der Verblutung, der Sepsis oder der Urämie zum Tode führt. Die Nieren finden sich bei der Sektion durchsetzt mit kleinen Abscessen und vollgepfropft mit Blutgerinnseln.

Die Beteiligung der Nieren an der Blutung erklärt die so häufigen therapeutischen Mifserfolge, und umgekehrt kann aus der Erfolglosigkeit der Mafsnahmen auf Nierenblutung geschlossen werden. Selbst die Cystostomie wäre hier ohne Wert.

Castan (Béziers). Im Gegensatz zu allen Vorrednern verteidigt C. das Vorkommen wahrer essentieller Hämaturie und führt eine Beobachtung bei einer in der Menopause stehenden Frau an, welche mehrere Monate hindurch an nicht sehr starker Hämaturie litt, ohne dafs durch die sorgfältigste Untersuchung auch nur eine Spur von Nephritis nachgewiesen werden konnte. Durch Bäder, Massage, Seeaufenthalt etc. trat völlige und dauernde Heilung

ein. Das Menstruationsblut einem Kaninchen injiziert, erzeugte Nierenblutung.

Ebenso konnte C. Nierenblutung bei Kaninchen erzeugen, ohne dafs auch mikroskopisch eine Spur von Entzündung nachgewiesen werden konnte, wenn er denselben schwefelsaures Anilin (3 × 0,25 gr) injizierte.

C. nimmt an, dafs durch Störungen der Menstruation gewisse Toxine im Körper zurückgehalten werden, welche ohne weitere Erkrankung Hämaturie hervorrufen können, ähnlich der Menstruation. Zu dieser Gruppe möchte C. auch die Hämaturie der Schwangeren, die sich gewissermafsen in einem dauernden Zustande der Toxhämie befinden, zählen.

Pasteau hat eine Patientin, die an Hämaturie bei Wanderniere litt. 3 Jahre hindurch beobachtet. Aufserhalb der Kolikanfälle war die Niere disloziert, beweglich, von gewöhnlicher Gröfse. Sobald eine Krise eintrat, wurde die Niere gröfser, prall gespannt und druckempfindlich; diese Symptome verschwanden rasch bei vollkommener Ruhe, jedoch folgte unmittelbar eine starke Hämaturie von etwa 24 Stunden Dauer. Durch Nephropexie wurde völlige Heilung erzielt.

Desnos (Paris) beobachtete bei einer grofsen Zahl von Gichtikern Hämaturie, welche vor den Anfällen, nach denselben oder auch gleichzeitig auftrat. Entweder ist sie mit Nierenkolik verbunden, oft auch ohne jeglichen Schmerz. Für die Ursache dieser Blutungen spricht D. Kongestion an; er betont noch ausdrücklich, dafs öfters Steine mit diesen Zuständen verwechselt worden sind.

II. Sitzungstag.

(Vorsitzender Prof. Malherbe.)

Motz (Paris). **Über Abortivbehandlung der Gonorrhoe.** M. macht, wenn der Fall überhaupt zur Abortivbehandlung geeignet ist, sofort eine Ausspülung der vorderen Harnröhre mit übermangansaurem Kali (1 : 500), 12 Stunden später wäscht er die Urethra ant. mit Kal. permangan. 1 : 1000 und unmittelbar darauf die hintere mit einer Lösung 1 : 2000 aus. Wenn die Sekretion nachläfst und dünnflüssiger wird, fährt er fort mit Spülungen der vorderen Harnröhre (1 : 2000) und 12 Stunden später der vorderen und hinteren Harnröhre. Läfst aber der Ausflufs nicht nach, so wird noch ein 3. oder 4. Mal die stärkere Lösung (1 : 1000) verwendet.

Unter 25 Fällen wurden 23 mal gute Resultate erzielt, in den 2 anderen konnte die hintere Harnröhre nicht entriert werden.

Noguès meint, dafs in 2 Punkten die Abortivbehandlung des Trippers gipfele:

1. Die Behandlung mufs im praeinflammatorischen Stadium ausgeführt werden und keinesfalls dann, wenn die akuten Entzündungserscheinungen auf der Höhe sind.

2. Scharfe Indikationsstellung für die gleichzeitige Behandlung der hinteren Harnröhre.

Ohne Zweifel werden ein Teil der Fälle ausheilen, wenn auch nur die vordere Urethra gespült wird, immerhin wird das aber nur die Minder-

zahl sein und es empfiehlt sich, da der Zeitpunkt der Ausbreitung auf die hintere Harnröhre unsicher ist, nicht zu lange mit der Desinfektion der ganzen Urethra zu warten. Die genaue Befolgung der Motz'schen Vorschriften hat N. gute Resultate gegeben.

Guiard (Paris) stimmt der Methode als solcher zu, möchte jedoch die Verwendung starker Lösungen vermieden wissen, da sie, abgesehen von den Schmerzen und Beschwerden, eine seröse Ausscheidung auf der Harnröhrenschleimhaut verursachen, die ein vorzüglicher Nährboden für Gonokokken abgiebt. Er schlägt schwache Lösungen (1 : 10000—1 : 5000) vor.

Noguès bestreitet, dafs die erwähnten Lösungen als starke zu bezeichnen seien und hat selbst von 1 : 400 nie Nachteile gesehen, wohl aber Mifserfolge bei ganz schwachen Lösungen.

Keersmaeker (Anvers) möchte abortive und heroische Behandlung nicht konfundiert wissen. Da der Beginn des Ausflusses oft nicht genau bestimmt werden kann, so rechnet er vom Tage des infizierenden Coitus und meint, dafs nur innerhalb der ersten 3—4 Tage Abortivbehandlung Wert hat; er führt diese Spülungen mit Katheter und Spritze aus.

Guiard hält die Angaben über Coitus für aufserordentlich unzuverlässig und will sich lieber nach dem Beginn der Sekretion richten. Die Verwendung des Katheters widerrät er, da hierdurch ein unangenehmer Reiz gesetzt würde.

Genouville (Paris), Paraurethraler Abscefs. G. berichtet über einen Drüsenabscefs, der an 2 Stellen neben dem Frenulum aufgebrochen war. Obgleich sich 6 Monate lang gonokokkenhaltiger Eiter entleerte, wurde die Harnröhre nicht infiziert. Nach Spaltung der Brücke trat schnelle Heilung ein.

Reymond (Paris), der über ähnliche Beobachtungen verfügt, hält den Abscefs auf Grund histologischer Untersuchungen der Wandung für eine kongenitale Kanalbildung.

Noguès hält derartige Bildungen, die sich auch oft nach der Urethra zu öffnen, für nicht extrem selten und glaubt hierdurch die oft exceptionelle Inkubationsdauer der Gonorrhoe erklären zu können.

Castan (Béziers), Traitement des uréthrites chroniques. C. macht systematisch Dilatationen meist bis 60 in Verbindung mit Massage der Harnröhre und der Prostata. Sind Gonokokken vorhanden, so nimmt er gleichzeitig Ausspülungen mit Kal. permangan. 1 : 10000, beim Fehlen derselben mit Sublimat 1 : 20000 vor. Beim Ausbleiben des Erfolges macht er Instillationen von Höllenstein, Pikrinsäure und Protargol; der Häufigkeit der Urethritis posterior wegen empfiehlt C. stets die Wirbelspülungen der Pars prostatica nach Guyon vorzunehmen, die von vorzüglicher Wirkung sind. Von 30 chronischen Trippern gelangten auf diese Weise 28 zur völligen und definitiven Heilung.

Guiard (Paris), Remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles. Der Vortrag ist bereits im vorigen Heft besprochen. In der Diskussion sagt Desnos, dafs es unmöglich sei, eine bestimmte Bougienummer als diejenige



zu bezeichnen, bis zu welcher gedehnt werden müsse; das hänge von der Individualität des Falles ab. Findet sich nach geringen Dehnungen in der Harnröhre keine Verhärtung mehr, so kann man auf definitive Heilung rechnen, und umgekehrt träten bei stärkster Dilatation Recidive ein, wenn noch ein Infiltrat nachgewiesen werden könne.

Genouville (Paris), Uréthrotomies externes. In 6 Fällen machte G. nach der äufseren Urethrotomie eine Naht der Harnröhre über Dauerkatheter und liefs die Perinealwunde offen. Er erzielte hiermit eine raschere Heilungsdauer als ohne Naht und umging die Gefahr der Infektion.

Genouville, Calcul de l'urèthre perinéal avec prolongement dans l'urèthre postérieur.

Der Stein ist im vorliegenden Falle ausgezeichnet durch seine Gröfse, seine Form und seinen Sitz, denn die Steine der vorderen Harnröhre sind für gewöhnlich klein, während die grofsen im prostatischen Teile gelegen sind. Der Stein hat die Gröfse einer Wallnufs, liegt im Bulbus mit einem 2—3 cm langen Fortsatz. Es wurde die Urethrotomia ext. ausgeführt.

Pasteau, Des calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme.

Man beobachtete bei Frauen Steine, welche in einer taschenförmigen Bildung der hinteren Harnröhrenwand gelegen sind. P. hat im Jahre 1896 diese Divertikelsteine als „Calculs sousurethraux" beschrieben. Bis jetzt sind 11 Fälle mitgeteilt, einen neuen beobachtete P.; hier war die blindsackartige Tasche früher bereits diagnostiziert und man konnte die allmähliche Entwickelung des Steines verfolgen. Therapeutisch genügt die Extraktion des Steines nicht, sondern es mufs nach Spaltung des Septum urethro-vaginale die Exstirpation des Sackes erfolgen.

Guillon (Paris), Abscefs de la prostate à pneumocoques.

Vier Tage nach Beendigung einer Dilatationskur, die wegen einer seit 25 Jahren bestehenden Gonorrhoe vorgenommen worden war, erkrankt der Patient G.'s an einer leichten Bronchopneumonie. Einige Tage darauf entsteht Druckempfindung und Schmerzhaftigkeit der Prostata ohne irgend welches Fieber oder objektive Zeichen von Eiterung. Nachdem dieser Zustand kurze Zeit bestanden, tritt ein Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis über 39 ein. Es entwickelt sich rasch eine grofse Eiteransammlung in der Prostata mit entzündlicher Schwellung in der Glutäalgegend, und an 2 Stellen Durchbruch in das Rektum unter Entleerung stinkenden Eiters. Durch praerektale Incision wird noch dicker Eiter entleert, der bakteriologisch aufser Pneumokokken keinerlei andere Bakterien enthält. Heilung verlief ohne Störung.

Der Fall ist ein Unikum und Verf. enthält sich vorläufig jedes Urteils über Ätiologie etc.

Albert Hogge (Liège), Elektromassage de la prostate.

Der therapeutische Wert der Prostatamassage ist dadurch beschränkt, dafs nur einzelne Teile der Vorsteherdrüse für den Finger zugängig sind. Zur Erhöhung der Wirkung hat H. gleichzeitig mit der Massage den konstanten Strom einwirken lassen und verwendete hierzu eine eigens konstruiert

Hartgummielektrode. Bei chronischer Prostatitis sowie beginnender Prostatahypertrophie erwies sich diese Behandlung von Vorteil, indem die Urinentleerung leichter wurde und auch die Häufigkeit namentlich während der Nacht abnahm. In alten Fällen von Prostatavergröfserung wird keine Wirkung erzielt, da, wie Verf. hervorhebt, nur die durch Kongestion des Organs selbst hervorgerufenen Symptome beeinflufst werden, den in späterer Periode notwendigen Katheterismus kann die Elektromassage nicht ersetzen.

Desnos (Paris), Abscès latents de la prostate.

D. unterscheidet 2 Arten von latenten Abscessen. Bei den einen wird plötzlich vom Rektum aus eine Flüssigkeitsansammlung in der Prostata nachgewiesen, die vorher absolut keine Symptome gemacht hatte; gelegentlich können hierdurch Retention oder akute Entzündungen entstehen. Bei der anderen Form beobachtet man multiple kleine Herde, die meist während einer Blennorrhoe entstehen. Häufig sieht man hierbei Erscheinungen geringgradiger Prostatitis, namentlich zunehmende Schwierigkeit der Harnentleerung und Schmerz während der ganzen Dauer der Miktion, ohne dafs man Fluktuation nachweisen könnte. Plötzlich findet eine Eiterabsonderung durch die Harnröhre statt und die Beschwerden sind verschwunden. Da die Entleerung der kleinen Herde nur ungenügend vor sich geht, bilden sie oft die Ursache chronischer Urethritis. Urethroskopisch liefsen sich die Perforationsöffnungen erkennen.

Janet (Paris), Phénomènes de prostatisme dans la prostatique chronique.

J. macht auf Grund mehrerer Beobachtungen darauf aufmerksam, dafs bei chronischer Prostatitis, wenn dieselbe durch Radfahren etc. dauernd gereizt wird, sich Symptome, ganz ähnlich denen der Prostatahypertrophie, einstellen können. Nicht nur ein ganz erhebliches Hindernis für die Urinentleerung wird dann gebildet, sondern auch die Folgezustände, Lähmung, vollständige oder unvollständige Retention kamen vor.

Janet (Paris), Traitement de la prostatite chronique.

Die nicht infektiösen Prostatitiden heilen unter Wasserbehandlung und Kauterisation der Pars posterior.

Die infektiösen Prostataentzündungen mufs man in solche durch Gonokokken erzeugte und solche, welche auf anderer Bakterieninvasion beruhen, unterscheiden; die letzteren betreffen die ganze Drüse oder nur einzelne Teile derselben. Ist die Drüse durch Massage zu entleeren, so ist die Prognose günstig, anderenfalls jedoch der Verlauf sehr hartnäckig und zu Recidiven aufserordentlich geneigt. Hier gelingt häufig noch die Entleerung des Sekrets durch Faradisation, wie sie Popper vorgeschlagen hat. J. hat hierfür eine besondere Massageelektrode anfertigen lassen. Selbstverständlich müssen neben der Massage und Elektrizität auch Spülungen, Instillationen und medikamentöse Behandlung entsprechende Anwendung finden.

Hogge sah öfters von der Galvanisation bessere Resultate als vom unterbrochenen Strom. Er führt dieselbe von der Peripherie zum Centrum hin aus, erreicht danach eine starke Einwirkung auf die nervösen Plexus,



Kontraktion der Drüse, der Analmuskulatur und auch vielleicht eine chemisch elektrische Wirkung.

Guiard (Paris), Lithotritie uréthrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique.

Die Operation wurde mit einem Lithotripter ausgeführt und gelang ohne grofse Schwierigkeit. Die Fragmente wurden mittelst eines feinen Lithotripter einzeln entfernt und nachher eine Ausspülung vorgenommen. Am folgenden Tage konnte der Patient G.'s aufstehen.

III. Sitzungstag.
(Vorsitzender Prof. Malherbe.)

Chonod, Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de 10 aus.

Ch. operierte sie derart, dafs er die Fistel eliptisch umschnitt, die Bauchhöhle eröffnete und den Urachus an der Blase abtrug. Er vernähte die Blasenwunde in der gewöhnlichen Weise und schlofs die Bauchhöhle. Der Erfolg war ein guter.

Rochet (Lyon), Résection de la branche perinéale des nerfs honteux internes dans certaines uréthro-cystites douloureuses chroniques.

Eine Reihe von sehr schmerzhaften Cystitiden trotzt jeglicher Behandlung und auch die Sectio alta schafft nur Erleichterung, solange die Bauchwunde offen erhalten wird. Verf. erzielte mit der doppelseitigen Durchschneidung des Ramus perinei nervi pudendi communis gute und dauernde Erfolge und zwar in 3 Fällen, bei denen heftigster Tenesmus trotz aller Behandlung lange Zeit bestanden hatte. Die Operation an sich ist nicht ganz leicht; man sucht am besten den Stamm an der Incisura ischiadica minor auf, verfolgt ihn bis zur Teilungsstelle und durchschneidet den unteren Ast unter sorgfältiger Schonung des oberen (n. dorsalis penis).

Estor (Montpellier), Onze cas de taille hypogastrique pour calcul vesical chez l'enfant.

Nach der Erfahrung E.'s bietet die vollständige Naht der Blase keine nennenswerten Vorzüge gegenüber der Drainage im unteren Winkel mit einem ca. 5 mm dicken Drain, besonders wird die Heilungsdauer nicht wesentlich abgekürzt. Nur wenn die Umstände die Anlegung der Blasenwunde sehr hoch gestatten, kann die vollständige Naht versucht werden, aber auch dann ist das Cavum Retzii zu drainieren.

Boussavit (Amiens), Calcul vésical chez un enfant de 22 mois.

Der durch die Sectio alta entfernte Stein wog 7 g und bestand aus harnsauren und phosphorsauren Salzen.

Carlier (Lille), Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant.

C. hat 20 Kinder mit Erfolg operiert; 5 durch Sectio alta und Drainage der Blase, 4 ohne Drainage und 11 mittelst Lithotritie. Letztere Operationsmethode hält C. für die beste und nimmt die Sectio alta nur dann vor, wenn die Gröfse oder Härte des Steines eine Zertrümmerung nicht gestattet. Er vernäht die Blase vollständig und drainiert nur die Hautwunde.

Chevalier (Paris), Corps étrangers de la vessie.

Von 5 Fremdkörpern waren 3 bei Frauen in onanistischer Absicht gebraucht; sie konnten auf natürlichem Wege entfernt werden, nur ein Bleistift, welcher mit dem stumpfen Ende eingeführt war, hatte mit der Spitze die Scheidewand nach der Vagina durchbohrt und wurde nach Spaltung des Septum dick inkrustiert herausgezogen. Bei Männern handelte es sich beide Male um abgebrochene Katheter.

In der Diskussion erwähnt Pousson (Bordeaux), dafs er eine Schildpattnadel aus der Blase extrahiert habe, die lange Zeit in derselben gelegen hatte und keine Spur von Inkrustation zeigte. Sehr bemerkenswert war auch ein anderer Fall, bei dem ein Katheter abgebrochen war, cystoskopisch jedoch das Stück nicht entdeckt werden konnte; dasselbe lag in einem falschen Weg, den sich der Patient bei der Einführung gebohrt hatte.

Pasteau (Paris), Les ganglions lymphatiques juxta-vésicaux.

Sowohl zu beiden Seiten als auch vorn finden sich an der Blase Gruppen von Lymphdrüsen. Während die ersteren schon lange bekannt sind, wurden die letzteren erst in jüngster Zeit näher untersucht. In diese münden sowohl die Lymphgefäfse der Blase als auch die tieferen Bahnen des Penis und der Glans.

Motz (Paris), Quatre cas d'adénome de la vessie.

Reine Adenome der Blase sind sehr selten. Unter 100 untersuchten Tumoren fand sie M. 4 mal. In einem Fall war die Diagnose in vivo gestellt. In den anderen handelte es sich um zufällige Sektionsbefunde, der Tumor safs auf dem Trigonum; gleichzeitig fand sich einmal ein adenomatöser Knoten im korrespondierenden Ureter und 2 mal adenomatöse Wucherungen in der Prostata.

Motz (Paris), Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

Im Jahre 1895 hatte Pousson festgestellt, dafs höchstens 2—4 Jahre nach der Exstirpation eines Blasentumors der Tod an Recidiv eingetreten war. Dem gegenüber hatten Albarran und Clado gefunden bei 110 gutartigen Tumoren 85 Heilungen, und bei 208 bösartigen 51 Heilungen. M. fand im Hospital Necker von 35 Kranken, die vor 3 Jahren oder länger operiert waren, 10 noch am Leben. Von den 18 Epitheliomen lebte nur noch einer; von 9 Papillomen lebten 7, 4 jedoch mit Recidiv behaftet. Malherbe hält ebenfalls die Prognose der Operation bei Epitheliomen für schlecht und rät bei Infiltration der Blasenwandung von jedem Eingriff ab.

Duret (Lille), Des troubles urinaires dans les appendicites.

D. unterscheidet 3 verschiedene Formen von Blasenstörung bei Appendicitis:

1. Andauernde Retention, Dysurie, Pyurie und selbst Pyelonephritis. Es besteht keine direkte Verbindung mit dem Wurmfortsatz, die Entzündung entwickelt sich à distance.

2. Harnstörung mit Eiteransammlung; der Urin ist trüb, übelriechend



und enthält fremde Beimischung. Ein Durchbruch des Abscesses hat stattgefunden.

3. Die Harnstörung wird durch perivesikal gelegene Steine hervorgerufen (Sterkoral-, Harnsteine oder gemischte Steine).

Reymond (Paris) stimmt dieser Einteilung zu und bemerkt, dafs bei der ersten Form auch die rein mechanischen Behinderungen eine wesentliche Rolle spielen.

Chevalier (Paris), Les pollakiuries uriques.

Ch. weist auf diejenigen Fälle hin, bei denen eine übermäfsige Säure im Urin Beschwerden ganz ähnlich einer Cystitis (öfters sogar Eiter) hervorruft. Meist handelt es sich um Harnsäure und dabei ist eine Gichtkur angezeigt; alle lokalen Mittel sind zu verwerfen.

Noguès (Paris), Urines purulentes et tuberculose.

Der Nachweis des Kochschen Bacillus gelingt im Urin nur selten, namentlich in den Frühstadien der Urogenitaltuberkulose. N. stellt die durch grofse Erfahrung (Guyon) gestützte Behauptung auf, dafs jeder eiterhaltige Urin, der von allen Bakterien frei sei, als höchst verdächtig auf beginnende Tuberkulose angesehen werden müsse.

Carlier bestätigt diese Thatsache und Janet bemerkt, dafs der Bacillennachweis durch Zusatz von Alkohol oder wenig Ammoniak zu dem zu centrifugierenden Urin sehr erleichtert werde.

Constaie (Paris), Contribution à létude des paralysies vésicales.

Bei den Blasenlähmungen auf centraler Basis mufs man solche des Blasenhalses von denen des Körpers trennen. Erstere werden durch Elektrizität sehr günstig beeinflufst, während dieselbe bei den letzteren fast wirkungslos ist.

IV. Sitzungstag.

(Vorsitzender Prof. Albarran.)

Poufson (Bordeaux), De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de néphrites médicales.

P. hat 24 Fälle von Nephritis mit schweren Symptomen operativ behandelt. Bei 9 Patienten mit Nephritis hämorrhag. nahm er 7 mal die Nephrektomie vor (2 Todesfälle, 5 Heilungen), 1 mal die Nephrotomie (Heilung) und 1 mal nur einen Explorationsschnitt (Heilung); bei 2 Nephralgieen 1 mal Nephrektomie (Heilung) und 1 Nephrotomie (Heilung); bei 4 subakuten, infektiösen Nephritiden 4 Nephrotomieen (4 Heilungen), bei 8 akuten, infektiösen Nephritiden 3 Nephrektomieen (3 Heilungen), 5 Nephrotomieen (2 Todesfälle, 3 Heilungen).

Nach seinen Erfahrungen hält P. die erwähnten Affektionen der Niere nicht für so oft doppelseitig, wenigstens nicht im Anfang, wie man gewöhnlich geneigt ist, zu glauben. Die erkrankte Seite mufs mittelst Cystoskop oder Ureterenkatheterismus bestimmt werden.

Die Wirkung der Nephrotomie erklärt P. so, dafs durch Aufhebung der Spannung die Kongestion und damit die Hämorrhagie nachläfst, und

ferner durch Wiederherstellung der normalen Cirkulation die Funktion der Niere wieder ermöglicht wird.

M. Albarran gleichzeitig im Namen von Bernard und Bousquet. De la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale.

Von verschiedenen Seiten ist der Anteil, welcher der osmotischen Spannung bei der Urinsekretion zukommt, untersucht worden. A. versuchte klinisch festzustellen, welchen Einfluſs die Erkrankung des Nierenparenchyms auf die molekulare Konzentration des Urins ausübte; er bediente sich hierzu der Kryoskopie. Die Versuche wurden, um alle Einwendungen zu beseitigen, an Patienten vorgenommen, die mit einer einseitigen Affektion behaftet waren und deren Urin getrennt durch Ureterenkatheterismus gewonnen wurde. Die Resultate waren folgende:

1. Parenchymerkrankungen der Niere üben einen Einfluſs auf die molekulare Konzentration des Urins aus.

2. Das Sinken des Gefrierpunktes des Urins wird beeinfluſst durch den Grad der Nierenerkrankung.

3. Die Kryoskopie kann zur Bestimmung der Ausscheidungsfähigkeit und somit der Funktionstüchtigkeit der Niere dienen. Natürlich muſs bei einseitigen Erkrankungen der Urin getrennt von beiden Seiten aufgefangen werden.

4. Diese Methode bietet erhebliche Vorteile gegenüber allen anderen bei genügender wissenschaftlicher Genauigkeit und praktischer Bequemlichkeit. Sie ergiebt die Ausscheidungsfähigkeit der Niere nicht nur für einen oder den anderen chemischen Körper oder für künstlich dem Organismus beigebrachte Substanzen Methylenblau) oder auf indirektem Wege durch Konstatierung der physiologischen und toxischen Eigenschaften des Harns am Versuchstier, sondern unmittelbar durch die Berechnung der Menge der ausgeschiedenen Moleküle. Weitere Mitteilungen sind in Aussicht genommen. (Zur Beurteilung des Wertes und der praktischen Bedeutung dieser neuen Methode wäre es nötig, die zur Bestimmung des Gefrierpunktes benutzten Apparate etc. zu kennen. Auch Mitteilung der Berechnungstabellen wäre wünschenswert.)

Albarran (Paris), La néphrite chez les cancéreux.

Während früher nur eine sklerosierende Entzündung in der unmittelbaren Umgebung des Tumors bekannt war, wies A. an 11 Fällen nach, daſs auch in den von der Geschwulst entfernt gelegenen Teilen stets eine diffuse, interstitielle und parenchymatöse Nephritis besteht; und in einem Falle von Sarkom wurde dieselbe nicht gefunden.

Durch getrenntes Auffangen des Urins von jeder Seite fand A. regelmäſsig auf der kranken Seite eine Verminderung des Harnstoffs, der Phosphate und des Chlors. 2 mal konnte mittelst der Methylenblaumethode eine Funktionsstörung der kranken Seite nachgewiesen werden. Einmal wurde auch kryoskopisch untersucht und der Gefrierpunkt der kranken Seite auf 0,56 bestimmt, während derjenige der gesunden Seite 1,54 betrug. Die nicht von der Neubildung betroffene Niere kann völlig gesund oder auch entzündlich

erkrankt sein, meist jedoch nicht schwer, so dafs sie nach Exstirpation des karcinomatösen Organs wieder ausheilt. Die Ursache der Nierenentzündung sucht A. in der bestehenden Toxhämie und glaubt, dafs auch die Ausscheidung der karcinomatösen Toxine bei Krebsen anderer Organe Nephritis erzeugen kann.

Imbert (Montpellier), Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein.

Die von J. implantierten Nebennieren erzeugten histologisch Bilder bei ihrem weiteren Wachstum, welche einige Analogie mit denjenigen der aus abgesprengten Keimen hervorgegangenen Geschwülste zeigen.

Tuffier, De la néphrolithotomie.

Der Vortrag berührt nur technische Fragen. An Stelle des in Frankreich gebräuchlichen Vertikalschnittes will T. einen queren Schnitt anwenden, parallel der 12. Rippe, die Muskeln sollen nicht quer, sondern in der Faserrichtung durchtrennt werden und die Spaltung der Niere soll auf der Höhe der Konvexität erfolgen, nicht nach hinten davon, wie zur Verminderung der Blutung vorgeschlagen war.

Poufson, Hydronéphrose par calcul de bassinet.

Seit 24 Jahren bestanden Steinsymptome, seit 6 Jahren jedoch erst Blutungen, die anfangs in Intervallen auftraten, später aber andauernd blieben, so dafs sie ganz den Charakter einer karcinomatösen Hämaturie annahmen. Eine Nierenvergröfserung war nicht zu fühlen, da dieselbe nach oben hin stattgefunden hatte und die Niere kaum die Rippen überragte.

Desnos, Pyonéphrose consécutive à une grippe.

Nach einem Influenzaanfall traten bei einem Herrn, der vorher nur über unbestimmte Schmerzen in der rechten Nierengegend geklagt hatte, sehr heftige Schmerzen der Lumbalgegend ein, die durch Druck gesteigert wurden. Bei der vorgenommenen Operation wurde aus dem Nierenbecken ein Liter Eiter entleert und ein grofser vielverzweigter Stein. Im Eiter fanden sich Streptokokken. Wahrscheinlich bestand der Stein schon seit langem und die Infektion wurde durch die Influenza erzeugt.

Tédenat (Montpellier), Lithotritie en une séance.

T. berichtet über die von ihm vorgenommenen Steinzertrümmerungen. Bei 56 Operationen hatte er eine Mortalität von 1,85 %, während von anderen Operateuren 1,5—3 % berichtet werden. Das Resultat ist namentlich insofern sehr bemerkenswert, als die Mortalität bei der Sectio alta immer noch 15—25 % beträgt.

Albarran, Radiographie des Calculs du rein.

A. demonstriert 3 Radiographieen von Nierensteinen, von denen 2 doppelseitig sind. Bei allen dreien wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt.

Koenig-Wiesbaden.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Einige bei der Urin-Untersuchung oft unbeachtete Punkte. Von Reed-Philadelphia. (Internat. med. Magaz. Febr. 1899.)

Es genügt nicht, bei chron. Erkrankungen der Harnwege den Urin auf Zucker und Eiweifs zu untersuchen, denn es kann trotz Fehlens von Eiweifs und Cylindern eine kranke Niere vorhanden sein.

Eine exakte Urinuntersuchung mufs folgende Fragen erledigen: Menge, Farbe, Reinheit, Geruch, Reaktion, spec. Gewicht, Eiweifs, Zucker, Sediment, Indikan, proc. Säuregehalt, Totalsumme binnen 24 Stunden. Ein häufiges Vorkommen ist Indikan, eine Folge von Darmfäulnis, in deren Begleitung durch Autointoxikation allerlei nervöse Symptome auftreten. Ferner kommt es vor bei Tuberkulösen, bei Pleuritis und Peritonitis sowie allen Digestionserscheinungen, besonders der Kinder. Federer-Teplitz.

Un cas de bacteriurie. Von F. Warburg. (Münch. Med. Wochenschrift 1899, Nr. 29.)

Bei einem 45jähr. Manne stellte sich im Verlaufe einer gewöhnlichen Bronchitis Bakteriurie durch den Bacillus lactis aërogenes ein. W. giebt bei Ausschlufs aller anderen Möglichkeiten der Vermutung Ausdruck, dafs derselbe durch den Respirationstraktus in den Körper gekommen sei.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über das Vorkommen von Milben im Harn. Von Marpmann. (Centralbl. f. Bakt. 1899, Nr. 8/9.)

Neysake und Scribe haben in Tokio in einem blutigen Harn wiederholt Milben gefunden. Verf. hat in dem Harn eines Nephritikers eine tote Acaride gefunden; jedenfalls eine zufällige Verunreinigung. Federer-Teplitz.

Ein Fall von Chylurie. Von S. Philipps. (Brit. med. Journ. 5. Nov. 1898.)

Ein 16jähriger Knabe hat nach dem Schlafen, ob er tags oder nachts schläft, trüben Harn, der sonst stets klar ist. Der Harn enthält Eiweifs, Fett und Körnchen, wie sie als Bestandteile des Chylus beschrieben werden. Er reagiert sauer, hat ein spec. Gewicht von 1030. Im klaren Harn finden sich auch Spuren von Eiweifs. Federer-Teplitz.

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Gichtknoten. Von Freudweiler. Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1899. Bd. 63, H. 3 u. 4, S. 266—335.

F. hat durch subkutane Injektion von Natriumbiuratsolutionen bei Kaninchen artificielle Uratherde erzeugt und mikroskopisch untersucht. Seine Ergebnisse sprachen nicht zu Gunsten der Ebsteinschen Auffassung, dafs bei den Gichtknoten die Gewebsnekrose primär, die Kristallablagerung sekundär erfolge. Man ist imstande, durch Injektion einer Aufschwemmung von Natriumbiurat eine dem wahren Gichtknoten anatomisch entsprechende Gewebsläsion zu erzeugen. Die in den artifiziellen Biuratknoten auftretende Gewebsnekrose läfst sich nicht als eine einfache Fremdkörperwirkung erklären, sondern mufs als eine specifische Giftwirkung des Natriumbiurats aufgefafst werden. Es ging letzteres aus dem Vergleich mit artifiziellen Calciumbicarbonatherden hervor, welche qualitative und quantitative Abweichungen in ihrem Bau, ihrer Reaktion, und ihrem Ablauf von den Biuratherden aufwiesen. Die artifiziellen Biuratherde verschwinden auf dem Wege der Phagocytose. Zur Zeit der entzündlichen Infiltration sind es in erster Linie poly- und mononucleäre Leukocyten, die phagocytär eingreifen; später beteiligen sich Bindegewebszellen und neugebildete Riesenzellen an der Phagocytose. Für die Annahme einer rein physikalischen Auflösung der Kristalle oder einer zur Lösung führenden chemischen Umsetzung fehlt zur Zeit jeder Anhaltspunkt. Ebensowenig liefs sich durch Zufuhr von Säuren oder Alkalien die Rückbildung der artifiziellen Herde beschleunigen. Bei einem Versuch, den Verf. an sich selbst machte, war die Einnahme von Alkalien gleichfalls ohne jeden Einflufs auf den künstlichen Biuratherd. Da der Befund der Biuratherde dem der Gichtknoten pathologisch histologisch analog ist, lassen sich aus den Experimenten wohl Schlüsse auf das Wesen der Gichtknoten ziehen. Diese würden dahin gehen, dafs die Krystalleinlagerung den Gewebstod hervorruft, dafs die Kristallauflösung durch Phagocytose erfolgt, und dafs das umgebende Bindegewebe die Regeneration oder die Abkapselung einleitet. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Nephritis, Diabetes und Nierendiabetes. Von Naunyn. (Zeitschrift für praktische Ärzte, Nr. 15, 1899.)

N. weifst in einem klinischen Vortrage darauf hin, dafs bei einem Diabetiker durch verschiedene komplizierende Krankheiten eine Albuminurie auftreten können, so bei Cystopyelitis, Pyelonephritis, bei akuten fieberhaften Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Gangrän und am häufigsten bei Arteriosklerose. Beide Stoffwechselanomalien stehen aber dabei nie in direkten Beziehungen zu einander. Es giebt jedoch eine richtige diabetische Albuminurie, in solchen Fällen handelt es sich aber nicht um eine Nephritis. Dafs die plötzliche Beseitigung des Zuckers durch strenge Diät Ursache einer Albuminurie sein könne (Stokvis), hält N. nicht für erwiesen, jedenfalls sei dies nur selten der Fall; auch die Ansicht, dafs der reichliche Eiergenufs bei Diabetikern Albuminurie hervorrufen könnte, hält N. nicht für wahrscheinlich. Wahre Nephritis ist häufig mit Diabetes

kombiniert bei Arteriosklerose, letztere ist dann die Ursache. Fälle von Nierendiabetes sind selten, im ganzen sind bis jetzt 5 Fälle bekannt, 4 von Naunyn, einer von Klemperer beschrieben. Thümmel-Leipzig.

Quelques remarques sur le Diabete conjugal. Von Cornillon. (Progrès med. 98, Nr. 8.)

C. ist, gestützt auf einige eigene Betrachtungen, der Ansicht, dafs der Diabetes zwischen Ehegatten übertragbar sei, allerdings nicht häufig, in etwa 1% der Fälle. Die Übertragung könne sich durch Speichel, Urin, Schweifs, Samenflüssigkeit langsam vollziehen. Meist würden ältere starke Personen betroffen. Neue Beweise für die Kontagiosität der Diabetes sind vom Verf. allerdings nicht beigebracht. Thümmel-Leipzig.

Über Bronzefärbung der Haut bei Diabetes. Von W. Anschütz. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 62. Bd.).

Ver. beobachtete einen Potator mit Lebercirrhose, der ganz dunkelbronzefarbig war mehrere Monate vor dem Tode erschienen Diabetessymptome. Verf. erklärt die Erscheinungen als Folgen des Diabetes. Die schweren Organveränderungen verdanken ihren Ursprung Pigmentablagerungen, welche durch eine Hämolyse bedingt sind. Die allgemeine Hämochromatose wird durch eine Erkrankung des Blutes ebensowohl wie durch eine der Zellen der meisten Organe verursacht. In den Organen, in welchen Degenerationen am häufigsten auftreten, kommt es zu einer Art reaktiven Entzündung.

Federer-Teplitz.

Diseases of the heart and glycosurie. Von C. F. Martin. (Montreal. med. journ. 98, August.)

M. beobachtete 4 Fälle von persistierender Glykosurie bei organischen Herzkrankheiten, eine selten beobachtete Erscheinung, während vorübergehende funktionelle Störungen des Herzens bei Diabetes und umgekehrt vorübergehende Glykosurie bei Herzkrankheiten häufiger beobachtet werden.

In seinem ersten Fall handelte es sich um eine Myocarditis mit Herzhypertrophie und Kompensationsstörungen. Der vorhandene Zucker schwand während 2monatlicher Beobachtungszeit nicht, wurde aber herabgesetzt. Die gewöhnlichen Diabetessymptome (Durst, Polyurie, Abmagerung) fehlten. Im 2. Falle, einer Mitralendocarditis mit Hypertrophie ohne Kompensationsstörungen, bestand neben einer geringen Vermehrung der Harnmenge reichlicher Zuckergehalt. Im 3. Fall lag Herzhypertrophie mit Kompensationsstörungen vor. Der Patient hatte im Durchschnitt $^1/_2$% Saccharum, gelegentlich auch etwas Albumen. Der 4. Patient, bei dem sich eine allgemeine Arteriosklerose mit Aortengeräusch vorfand, hatte nur vorübergehend Zucker im Harn, weitere diabetische Symptome fehlten. Thümmel-Leipzig.

Über die sogenannte Dupuytren'sche Kontraktur der Fascia palmaris bei Diabetes mellitus. Von Dr. Maréchal. (Journal de Neurologie. 1899, April.)

Verf. beobachtete 2 derartige Fälle; in dem einen handelte es sich um eine 65jährige Frau, die 60 gr. Zucker pro Liter ausschied, bei ihr war die

Dupuytren'sche Kontraktur in typischer Weise vorhanden; im 2. Falle, bei einem 58jährigen Diabetiker (15 gr. pro Liter) war schon seit 4 Jahren eine beiderseitige Kontraktur zu konstatieren. Beide Kranke hatten angeblich nie schwere Handarbeiten verrichtet. Verf. nimmt daher als Ursache der Kontrakturen Störungen der Ernährung und der Innervation an. Im Jahre 1883 hat schon Viger in seiner Dissertationsschrift 6 derartige Fälle beschrieben.

Thümmel-Leipzig.

Zur diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus. Von Kollisch. (Wiener klin. Wochenschr. 1899, Nr. 52.)

K. warnt davor, die Diabetiker durch übertriebene Fleischkost zu ernähren; im Gegenteile hat er durch strenges vegetarianisches Regime sehr gute Erfolge erzielt. Die Schwierigkeiten bei Durchführung einer derartigen Diät sind nicht allzugrofse, oft gewöhnen sich die Kranken sogar leichter daran, als an die ausschliefsliche Fleischkost. Die erste Folge des vegetarianischen Regimes ist die Abnahme der Harnmenge, während die Glykosurie erst später schwindet. K. hat bei konsequent durchgeführter vegetarianischer Behandlung auch Aceton und Acetessigsäure aus dem Urin verschwinden sehen. Durch zeitweise Zufuhr von Fleisch kann man den schädlichen Einflufs dieses Nahrungsmittels leicht erweisen. Zum Schlusse stellt der Verf. noch eine ausführliche Publikation über denselben Gegenstand in Aussicht.

v. Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Nieren.

L'influenza degli anestetici sulla permenbilità renale. Von Galeazzi und Grillo. (2. Policlinica. 15. Sept. 1899.)

Die Verff. haben sich, um die Permeabilität der Niere zu studieren, der Methode von Achard und Castaigne bedient, welche in der inneren Darreichung von Methylenblau und dem Nachweise dieses Farbstoffes im Urin besteht. Dieses Verfahren bietet den Vorteil grofser Einfachheit und ist auch völlig indifferent für den Organismus. Bei gesunden Individuen erscheint das Methylenblau spätestens nach 35—40 Minuten im Urin, erreicht nach 3—4 Stunden sein Maximum und verschwindet nach 50 bis 60 Stunden. Um jeden Irrtum auszuschliefsen, haben die Verff. einen Verweilkatheter eingelegt. Die Resultate, zu welchen die Autoren gelangten, sind im wesentlichen folgende:

1. Die Arzneimittel, welche imstande sind, eine allgemeine Methode herbeizuführen, vermeiden die Permeabilität der Niere, was sich in Verzögerung der Methylenblauausscheidung äufsert.

2. Das Chloroform behindert die Funktion der Niere in viel höherem Mafse als der Äther. v. Hofmann-Wien.

Beitrag zur Lehre von der Abstammnng des Harncylinders. Von von Czihlarz. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 9.)

C. befafst sich mit der zum gröfsten Teile noch ungelösten Frage, ob es sich bei den hyalinner Cylindern um Fibrin handle und resumiert in Kürze

die bisher über dieses Thema erschienenen Arbeiten. Die granulierten Cylinder entstehen nach Ansicht des Verf. hauptsächlich aus Detritusmassen, die sich in den gewundenen Harnkanälchen bei parenchymatöser und fettiger Degeneration finden, während die Epithelcylinder vorwiegend aus den Sammelröhrchen stammen. v. Hofmann-Wien.

Kanthariden als Haemostipticum bei Hämaturie und ihr Gebrauch bei Albuminurie. Von O. Bewen. (Brit. med. Journ. 17. Sept. 1898.) Ein 68jähriger Mann bekommt eine Blutung durch die Urethra. Ergotin und Bettruhe stillten die Blutung, die jedoch bald wieder kam und allen Mitteln hartnäckig trotzte. Verf. verordnete Tinctura cantharidum, dreimal fünf Tropfen.

Die Blutung hört nach 24 Stunden auf, der Urin wurde klar. Als nach einigen Tagen Spuren Blut wieder auftraten, genügten geringe Dosen, um die Blutung zu sistieren. Die Blutung ist nicht wiedergekehrt. Das Mittel, in kleinen Dosen angewandt, setzt auch die Eiweifsmenge bei Patienten, die an der „grossen weifsen Niere“ leiden, in auffallender Weise herab. Federer-Teplitz.

Ein Fall von Pyohydronephrose mit Entleerung des Harns durch die Bronchien. Von K. Kondratowitsch. (Medicinskoje Obosrenje 1899, Heft 4.)

Verf. berichtet über einen 44jährigen Kranken, der seit 10 Jahren an Nierensteinkoliken litt; im Verlaufe dieser Zeit bemerkte der Pat. mehreremals in der rechten Seite eine Geschwulst, die nach Abgang eines Steines aus der Harnröhre verschwand. Im April 1898 bekam der Pat. wieder eine Kolik, an die sich eine rechtsseitige Pyohydronephrose anschlofs. Pat. verweigerte den vorgeschlagenen chirurgischen Eingriff (Nephrotomie) vornehmen zu lassen. Vom 8. Mai an entleerte sich Urin durch die Bronchien, bis 1800 gr pro die. Der Zustand hielt sich so bis zum 23. Juni. Aufserdem wurde rechtsseitiges Pleuraexsudat konstatiert. Als sich Ende Juni der Zustand gebessert hatte, d. h. als der Pat. nur noch Schleim auswarf, verliefs derselbe das Krankenhaus, ohne dafs man weitere Nachrichten über ihn erlangen konnte. Thümmel-Leipzig.

Néphritis acuta in Folge von Sauerampfervergiftung. Von H. Eichhorst. (D. Mediz. Wochenschrift 1899, Nr. 28.)

Der Fall betrifft einen 12jährigen Knaben; aufser diesem sind in der Litteratur nur 3 Fälle von Sauerampfervergiftung (1 von Suckling, 2 von Taylor) veröffentlicht; aus der Veterinärmedizin ist 1 Fall von Michels angeführt.

Im vorliegenden Falle ergab die Prüfung des Urins auf Oxalsäure negatives Resultat. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Brights disease or Nephritis. Von W. Mills. (Medical Record 1899, 26. Aug.)

In dem vorliegenden Aufsatze werden vor allem die Ansichten der verschiedenen Autoren über die hier in Betracht kommenden Fragen dis-

kutiert. Die Albuminurie ist nach M. eine Folge des veränderten Epithels der Glomeruli. Die Ursache des Hydrops liegt in einer Veränderung der Blutgefäfswandungen, die eine anormale Exsudation zulassen.

Bei der Behandlung der akuten Nephritis besckränkt sich Verf. auf Milchdiät, reichlichen Wassergenufs, Bettruhe. Mangelhafte Urinausscheidung bekämpft er mit heifsen Getränken, heifsen Bädern. Einpackungen. Bei urämischen Delirien hat er Hyoscamin, bei urämischem Kopfschmerz kleine Dosen von Nitroglycerin mit Erfolg angewandt.

Die Diät bei der chronischen Brightschen Krankheit soll keine zu eingeschränkte sein. M. verbietet nur fette und sehr schwere Speisen Von den Medikamenten ist Kalomel am wirksamsten. Bei Schlaflosigkeit zieht Verf. Codein dem Morphium vor. Dreysel-Leipzig.

Albuminurie héréditaire. Von Fieux. (Journ. de Méd. 25. Julliet. 1899.)

F. ist der Ansicht, dafs Albuminurie von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann und dafs dies den Boden ebnet für spätere Erkrankungen an schwerer Nephritis, wie sie nach den gewöhnlichen Kinderkrankheiten, wie Scharlach, Mumps etc. auftreten können. Von 10 Kindern nicht albuminurischen Müttern zeigte nur eines Spuren von Eiweifs im Urin, während von 4 Kindern eklamptischer Mütter 3 Albuminurie zeigten.

v. Hofmann-Wien.

Die Erblichkeit der chronischen Nephritis. Von Sél. Weekblad v. h. Tydschr. v. Genneskunde 1899, 28. (Münch. med. Wchschr. 1899, Nr. 29.)

P. berichtet ein klassisches Beispiel der Erblichkeit der chronischen Nephritis: in 3 Generationen 1 Familie 18 Erkrankungen. Ein Nephritiker hat 8 Kinder; 6 davon werden Nephritiker, von den Enkeln gleichfalls 6, sowie 1 Urenkel; der Bruder des Stammhalters, gleichfalls nierenkrank, hat unter seinen 8 Kindern 4 mit Nephritis chronica. Mit Diabetes, Arthritis, Phthisis ist die Familie in geringem Mafse belastet.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Albuminuric Retinitis. Von S. West. (Brit. Med. Journ. 29. Okt. 1899.)

W. unterscheidet 2 Formen der Retinitis albuminurica, die exsudative und die degenerative. Die erstere findet sich fast nur bei parenchymatöser Nephritis, sie ist entzündlicher Natur, wahrscheinlich toxischen Ursprunges und kann sich nahezu vollständig zurückbilden. Die degenerative Form kommt bei Schrumpfniere vor und beruht auf Gefäfsveränderungen mechanischen Ursprunges. Diese Form kann sich nicht zurückbilden. Sie ist ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose der Schrumpfniere, während der exsudativen Form nur die Bedeutung einer interessanten Nebenerscheinung der parenchymatösen Nephritis zukommt. v. Hofmann-Wien.

The treatment of renal dropsy. Von N. Tirard. (Edinbourgh Med. Journ. 1899, Juni.)

Die Gefahren der Ödöme bei akuter Nephritis sind nach T. dreifacher Art:

1. Die unmittelbare Gefahr, welche in der fehlenden oder verminderten Urinausscheidung liegt.

2. Die Gefahren durch Störung der Respiration und Cirkulation.

3. Die Möglichkeit des Eintrittes chronischer Nierenveränderungen.

Alle diese Gefahren werden durch möglichst rasche Entfernung [illegible] Flüssigkeitsansammlungen vermieden. Erreicht wird diese Entfernung [illegible] Einwirkung auf Nieren-, Haut- und Darmthätigkeit. Diuretica [illegible] in den ersten Stadien der Krankheit nicht verwendet werden. [illegible] sonders bei den subakuten Attacken der chronischen Fälle angezeigt. [illegible] der Glottis kann häufig durch Scarifikation der aryepiglottischen [illegible] günstig beeinflufst werden. Bei Hydrothorax und Hydropericard [illegible] zeitiges operatives Eingreifen am Platze. Herzschwäche [illegible] lantien, innerlich und subkutan, bekämpft werden.

Dre[illegible]

Les liquides abondants et les viandes [illegible] régime de la néphrite interstitielle. Von R. R[illegible] Méd. Nr. 81 vom 11. Oktob. 1899.)

Anknüpfend an eine Arbeit C. v. Noordens [illegible] Gegenwart erörtert R., dafs die überreichliche Flüssigkeits[illegible] stitieller Nephritis schädlich, dafs die vom Herzen [illegible] täglichem Genufs von 1—1¹/₄ Liter Milch meist [illegible] dabei doch die Diurese reichlich bleibt.

Hinsichtlich des Genusses von nur weifsem [illegible] Nephritis ergaben die Versuche v. Noordens, dafs die [illegible] Grund traditionell sich in allen Lehrbüchern [illegible] und Zwischenrippenstück für den Kranken erlaubt.

[illegible]

Bindeneinwickelung der Extremitäten [illegible] wirkt nach Bruschini (La Nuova rivista [illegible] Wchschr. Nr. 28.) Blutdruckerhöhung, [illegible] druckerniedrigung, sowie Verminderung [illegible] tere überdauert die Wickelung um 24 [illegible] können auf diese Weise geheilt werden.

Le traitement de l'urémie [illegible] ciens 1899.)

Ausgehend von der Annahme [illegible] verminderte Ausscheidung [illegible] Chloride dabei im Urin [illegible] vor, die er [illegible] traitement [illegible]

nicht alle bei der Urämie in Betracht kommenden Toxine, wissen aber, dafs sie im Magen, Darm und Blut gebildet werden. Aufgabe der Therapie hat zu sein, sie von diesen drei Stätten zu entfernen. H. schlägt darum Ausspülungen des Magens und des Darmes vor und eine Verdünnung resp. Regeneration des Blutes durch subkutane Injektion von 2—300 g Kochsalzlösung mit oder ohne vorausgegangenem Aderlafs.

Dreysel-Leipzig.

Unusual dyspnoea in the uraemia state. Von Ch. Elgood. (Brit. Med. Journ. Sept. 30, 1899.)

Kurzer Bericht der Krankengeschichte eines 31jährigen Bleiarbeiters, der seit längerer Zeit an Morbus Brightii leidend, anfangs nur bei Nacht, später auch bei Tage Cheyne-Stokessches Atmungsphänomen zeigte. Dabei bestand, trotzdem an Herz und Lungen keine Veränderung klinisch nachweisbar war, die heftigste Dyspnoe, welche durch körperliche Anstrengungen nicht vermehrt wurde, in der Nacht aber an Intensität zunahm. Cyanose bestand niemals. Im Stadium der Apnoe fühlte sich der Pat. leichter und war auch halbwegs bei Bewufstsein, welches nach Beginn der Atmung sofort wieder schwand, während zu gleicher Zeit die heftigste Atemnot auftrat. Chloralhydrat und Chloroform schafften etwas Erleichterung, doch starb Pat. schliefslich unter urämischen Krämpfen. Ein Sektionsbefund fehlt.

v. Hofmann-Wien.

The occurrence of Cheyne-Stokes respiration during sleep a diagnostic symptom in the early stages of interstitial Nephritis. Von Ch. O'Donovan. (Med. News 1899, 16. Sept.)

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dafs in manchen Fällen von interstitieller Nephritis das Cheyne-Stokesche Atmungsphänomen eins der allerersten Symptome ist und sich schon nachweisen läfst, wenn Albumen noch ganz fehlt, oder wenigstens nur in geringer Menge und unregelmäfsig vorhanden ist. Verf. führt die von ihm beobachteten drei Fälle kurz an. Bei allen diesen trat das Symptom nur während der Nacht auf.

Dreysel-Leipzig.

Renal Calculus Localised by X Rays. Von R. Morison. (Brit. Med. Journ. 18. Nov. 1899.)

Es zeigte auf den Platten ein zwar nur schwacher, aber bei verschiedenen Aufnahmen regelmäfsig sichtbare Schatten. Bei der Operation wurde ein wallnufsgrofser Stein, vermutlich aus oxalsaurem Kalk bestehend entfernt.

v. Hofmann-Wien.

Zur Frage von der Ätiologie, Diagnose und Therapie der Nephrolithiasis. Von E. K. Skawitz. (Arbeiten der Gesellschaft russischer Ärzte. Moskau 1899.)

Im Anschlufs an 6 Fälle stellt S. den Satz auf, dafs als Ursache der Lithiasis eine Entzündung der epithelialen Innenflächen der Glomeruri, Kanäle und des Nierenbeckens anzusehen sein. (Verf. giebt dieser Entzündung den Namen Endonephritis.) Die Lithiasis ist als sekundär aufzufassen; für eine Frühdiagnose kommen also alle Symptome einer Pyelitis in Betracht. Be-

treffs der Therapie rät Verf., im Gegensatz zu Strümpells und Senators Ansichten, möglichst frühzeitig zu einem chirurgischen Eingriffe.

Thümmel-Leipzig.

Dauererfolge nach Nephropexie. Von v. Török. (Wien, Klinisch. Wchschr. 1899. 22.)

Betr. 2 Frauen, welche $2^1/_2$, bez. 1 Jahr nach Festnähung ihrer bis da beweglichen r. Niere geheilt geblieben waren. Bei der 1. Patientin hatten die zuweilen plötzlichen Lageveränderungen zu Einklemmungserscheinungen und vollständiger Erwerbsunfähigkeit geführt, bei der 2. hatte die vor dem Pylorus ventriculi in einer Bauchfellfalte eingehüllt liegende Niere eine Magengeschwulst vorgetäuscht und war erst bei der Operation identifiziert worden. Gegenüber dem neuerdings hie und da erwachten Mifstrauen gegen die Nephrorraphie betont F. nach einem Rückblick auf ihre Geschichte, dafs sie allerdings nur bei jenen schweren Fällen angezeigt sei, welche durch einklemmungsartige Erscheinungen, durch heftige Neuralgien, durch Druck auf Magen und Darm die Kranken ganz arbeitsunfähig machen, dafs aber in diesen Fällen eben auch kein anderes Mittel zur Heilung führe.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Suppression of Urine for Five Days. Von Fenwick. (Brit. Med. Journ. 21. Okt. 1899.)

Die Anurie erwies sich bei dem 56 jährigen Pat. durch Geschwulstmassen bedingt, welche einerseits die linke Niere, andererseits den rechten Harnleiter einschlossen. Der Kranke starb am 11. Tage nach der Operation. Bei der Autopsie zeigt sich das Mesenterium in eine harte carcinomatöse Masse umgewandelt. Die linke Niere war vollkommen zerstört, ihre Ureter in einen fibrösen Strang umgewandelt. Die rechte Niere war frei, aber ihr Ureter durch das carcinomatöse Peritoneum komprimiert. Durch die Manipulationen bei der Operation scheint die Kompression für kurze Zeit behoben worden zu sein, da der Pat. nach dem Eingriff durch mehrere Tage im Durchschnit 100 Unzen (3100 g) klaren Urins entleert.

v. Hofmann-Wien.

Primary Nephrectomy for complete Rupture of a Kidney. Von Blanct-Sutton. (Brit. Med Journ. 18. Nov. 1899.)

Ein 35 jähriger Mann wurde von einem Kab überfahren und mit Zeichen innerer Blutung ins Spital gebracht. In der rechten Lende fand sich eine ausgebreitete, nicht gut umgrenzte Schwellung. Da 3 Stunden nach der Aufnahme auch Blut im Urin erschien, wurde zur Operation geschritten und die rechte Niere, welche vollständig auseinander gerissen war, auf transperitonealem Wege entfernt, da sich ein Zusammennähen der durchtrennten Teile als unmöglich erwies. Der Kranke verliefs nach 4 Wochen das Spital bei stetig fortschreitendem Wohlbefinden.

Im Anschlufs an diesen Vortrag berichtet Turner über einen ähnlichen Fall. Ein 57 jähriger Mann fiel vom Omnibus mit der rechten Seite auf das Strafsenpflaster. Da alle Zeichen auf Nierenruptur hinwiesen, ope-

erkrankt sein, meist jedoch nicht schwer, so dafs sie nach Exstirpation des karcinomatösen Organs wieder ausheilt. Die Ursache der Nierenentzündung sucht A. in der bestehenden Toxhämie und glaubt, dafs auch die Ausscheidung der karcinomatösen Toxine bei Krebsen anderer Organe Nephritis erzeugen kann.

Imbert (Montpellier), Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein.

Die von J. implantierten Nebennieren erzeugten histologisch Bilder bei ihrem weiteren Wachstum, welche einige Analogie mit denjenigen der aus abgesprengten Keimen hervorgegangenen Geschwülste zeigen.

Tuffier, De la néphrolithotomie.

Der Vortrag berührt nur technische Fragen. An Stelle des in Frankreich gebräuchlichen Vertikalschnittes will T. einen queren Schnitt anwenden, parallel der 12. Rippe, die Muskeln sollen nicht quer, sondern in der Faserrichtung durchtrennt werden und die Spaltung der Niere soll auf der Höhe der Konvexität erfolgen, nicht nach hinten davon, wie zur Verminderung der Blutung vorgeschlagen war.

Poufson, Hydronéphrose par calcul de bassinet.

Seit 24 Jahren bestanden Steinsymptome, seit 6 Jahren jedoch erst Blutungen, die anfangs in Intervallen auftraten, später aber andauernd blieben, so dafs sie ganz den Charakter einer karcinomatösen Hämaturie annahmen. Eine Nierenvergröfserung war nicht zu fühlen, da dieselbe nach oben hin stattgefunden hatte und die Niere kaum die Rippen überragte.

Desnos, Pyonéphrose consécutive à une grippe.

Nach einem Influenzaanfall traten bei einem Herrn, der vorher nur über unbestimmte Schmerzen in der rechten Nierengegend geklagt hatte, sehr heftige Schmerzen der Lumbalgegend ein, die durch Druck gesteigert wurden. Bei der vorgenommenen Operation wurde aus dem Nierenbecken ein Liter Eiter entleert und ein grofser vielverzweigter Stein. Im Eiter fanden sich Streptokokken. Wahrscheinlich bestand der Stein schon seit langem und die Infektion wurde durch die Influenza erzeugt.

Tédenat (Montpellier), Lithotritie en une séance.

T. berichtet über die von ihm vorgenommenen Steinzertrümmerungen. Bei 56 Operationen hatte er eine Mortalität von 1,85 %, während von anderen Operateuren 1,5—3 % berichtet werden. Das Resultat ist namentlich insofern sehr bemerkenswert, als die Mortalität bei der Sectio alta immer noch 15—25 % beträgt.

Albarran, Radiographie des Calculs du rein.

A. demonstriert 3 Radiographieen von Nierensteinen, von denen 2 doppelseitig sind. Bei allen dreien wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt.

Koenig-Wiesbaden.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Einige bei der Urin-Untersuchung oft unbeachtete Punkte. Von Reed-Philadelphia. (Internat. med. Magaz. Febr. 1899.)

Es genügt nicht, bei chron. Erkrankungen der Harnwege den Urin auf Zucker und Eiweiſs zu untersuchen, denn es kann trotz Fehlens von Eiweiſs und Cylindern eine kranke Niere vorhanden sein.

Eine exakte Urinuntersuchung muſs folgende Fragen erledigen: Menge, Farbe, Reinheit, Geruch, Reaktion, spec. Gewicht, Eiweiſs, Zucker, Sediment, Indikan, proc. Säuregehalt, Totalsumme binnen 24 Stunden. Ein häufiges Vorkommen ist Indikan, eine Folge von Darmfäulnis, in deren Begleitung durch Autointoxikation allerlei nervöse Symptome auftreten. Ferner kommt es vor bei Tuberkulösen, bei Pleuritis und Peritonitis sowie allen Digestionserscheinungen, besonders der Kinder. Federer-Teplitz.

Un cas de bacteriurie. Von F. Warburg. (Münch. Med. Wochenschrift 1899, Nr. 29.)

Bei einem 45jähr. Manne stellte sich im Verlaufe einer gewöhnlichen Bronchitis Bakteriurie durch den Bacillus lactis aërogenes ein. W. giebt bei Ausschluſs aller anderen Möglichkeiten der Vermutung Ausdruck, daſs derselbe durch den Respirationstraktus in den Körper gekommen sei.

Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Über das Vorkommen von Milben im Harn. Von Marpmann. (Centralbl. f. Bakt. 1899, Nr. 8/9.)

Neysake und Scribe haben in Tokio in einem blutigen Harn wiederholt Milben gefunden. Verf. hat in dem Harn eines Nephritikers eine tote Acaride gefunden; jedenfalls eine zufällige Verunreinigung. Federer-Teplitz.

Ein Fall von Chylurie. Von S. Philipps. (Brit. med. Journ. 5. Nov. 1898.)

Ein 16jähriger Knabe hat nach dem Schlafen, ob er tags oder nachts schläft, trüben Harn, der sonst stets klar ist. Der Harn enthält Eiweiſs, Fett und Körnchen, wie sie als Bestandteile des Chylus beschrieben werden. Er reagiert sauer, hat ein spec. Gewicht von 1030. Im klaren Harn finden sich auch Spuren von Eiweiſs. Federer-Teplitz.

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Gichtknoten. Von Freudweiler. Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1899. Bd. 63, H. 3 u. 4, S. 266—335.

F. hat durch subkutane Injektion von Natriumbiuratsolutionen bei Kaninchen artificielle Uratherde erzeugt und mikroskopisch untersucht. Seine Ergebnisse sprachen nicht zu Gunsten der Ebsteinschen Auffassung, dafs bei den Gichtknoten die Gewebsnekrose primär, die Kristallablagerung sekundär erfolge. Man ist imstande, durch Injektion einer Aufschwemmung von Natriumbiurat eine dem wahren Gichtknoten anatomisch entsprechende Gewebsläsion zu erzeugen. Die in den artifiziellen Biuratknoten auftretende Gewebsnekrose läfst sich nicht als eine einfache Fremdkörperwirkung erklären, sondern mufs als eine specifische Giftwirkung des Natriumbiurats aufgefafst werden. Es ging letzteres aus dem Vergleich mit artifiziellen Calciumbicarbonatherden hervor, welche qualitative und quantitative Abweichungen in ihrem Bau, ihrer Reaktion, und ihrem Ablauf von den Biuratherden aufwiesen. Die artifiziellen Biuratherde verschwinden auf dem Wege der Phagocytose. Zur Zeit der entzündlichen Infiltration sind es in erster Linie poly- und mononucleäre Leukocyten, die phagocytär eingreifen; später beteiligen sich Bindegewebszellen und neugebildete Riesenzellen an der Phagocytose. Für die Annahme einer rein physikalischen Auflösung der Kristalle oder einer zur Lösung führenden chemischen Umsetzung fehlt zur Zeit jeder Anhaltspunkt. Ebensowenig liefs sich durch Zufuhr von Säuren oder Alkalien die Rückbildung der artifiziellen Herde beschleunigen. Bei einem Versuch, den Verf. an sich selbst machte, war die Einnahme von Alkalien gleichfalls ohne jeden Einflufs auf den künstlichen Biuratherd. Da der Befund der Biuratherde dem der Gichtknoten pathologisch histologisch analog ist, lassen sich aus den Experimenten wohl Schlüsse auf das Wesen der Gichtknoten ziehen. Diese würden dahin gehen, dafs die Krystalleinlagerung den Gewebstod hervorruft, dafs die Kristallauflösung durch Phagocytose erfolgt, und dafs das umgebende Bindegewebe die Regeneration oder die Abkapselung einleitet. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Nephritis, Diabetes und Nierendiabetes. Von Naunyn. (Zeitschrift für praktische Ärzte, Nr. 15, 1899.)

N. weifst in einem klinischen Vortrage darauf hin, dafs bei einem Diabetiker durch verschiedene komplizierende Krankheiten eine Albuminurie auftreten können, so bei Cystopyelitis, Pyelonephritis, bei akuten fieberhaften Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Gangrän und am häufigsten bei Arteriosklerose. Beide Stoffwechselanomalien stehen aber dabei nie in direkten Beziehungen zu einander. Es giebt jedoch eine richtige diabetische Albuminurie, in solchen Fällen handelt es sich aber nicht um eine Nephritis. Dafs die plötzliche Beseitigung des Zuckers durch strenge Diät Ursache einer Albuminurie sein könne (Stokvis), hält N. nicht für erwiesen, jedenfalls sei dies nur selten der Fall; auch die Ansicht, dafs der reichliche Eiergenufs bei Diabetikern Albuminurie hervorrufen könnte, hält N. nicht für wahrscheinlich. Wahre Nephritis ist häufig mit Diabetes

kombiniert bei Arteriosklerose, letztere ist dann die Ursache. Fälle von Nierendiabetes sind selten, im ganzen sind bis jetzt 5 Fälle bekannt, 4 von Naunyn, einer von Klemperer beschrieben. Thümmel-Leipzig.

Quelques remarques sur le Diabete conjugal. Von Cornillon. (Progrès med. 98, Nr. 8.)

C. ist, gestützt auf einige eigene Betrachtungen, der Ansicht, dafs der Diabetes zwischen Ehegatten übertragbar sei, allerdings nicht häufig, in etwa 1% der Fälle. Die Übertragung könne sich durch Speichel, Urin, Schweifs, Samenflüssigkeit langsam vollziehen. Meist würden ältere starke Personen betroffen. Neue Beweise für die Kontagiosität der Diabetes sind vom Verf. allerdings nicht beigebracht. Thümmel-Leipzig.

Über Bronzefärbung der Haut bei Diabetes. Von W. Anschütz. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 62. Bd.).

Ver. beobachtete einen Potator mit Lebercirrhose, der ganz dunkelbronzefarbig war mehrere Monate vor dem Tode erschienen Diabetessymptome. Verf. erklärt die Erscheinungen als Folgen des Diabetes. Die schweren Organveränderungen verdanken ihren Ursprung Pigmentablagerungen, welche durch eine Hämolyse bedingt sind. Die allgemeine Hämochromatose wird durch eine Erkrankung des Blutes ebensowohl wie durch eine der Zellen der meisten Organe verursacht. In den Organen, in welchen Degenerationen am häufigsten auftreten, kommt es zu einer Art reaktiven Entzündung.

Federer-Teplitz.

Diseases of the heart and glycosurie. Von C. F. Martin. (Montreal. med. journ. 98, August.)

M. beobachtete 4 Fälle von persistierender Glykosurie bei organischen Herzkrankheiten, eine selten beobachtete Erscheinung, während vorübergehende funktionelle Störungen des Herzens bei Diabetes und umgekehrt vorübergehende Glykosurie bei Herzkrankheiten häufiger beobachtet werden.

In seinem ersten Fall handelte es sich um eine Myocarditis mit Herzhypertrophie und Kompensationsstörungen. Der vorhandene Zucker schwand während 2monatlicher Beobachtungszeit nicht, wurde aber herabgesetzt. Die gewöhnlichen Diabetessymptome (Durst, Polyurie, Abmagerung) fehlten. Im 2. Falle, einer Mitralendocarditis mit Hypertrophie ohne Kompensationsstörungen, bestand neben einer geringen Vermehrung der Harnmenge reichlicher Zuckergehalt. Im 3. Fall lag Herzhypertrophie mit Kompensationsstörungen vor. Der Patient hatte im Durchschnitt $^1/_2$% Saccharum, gelegentlich auch etwas Albumen. Der 4. Patient, bei dem sich eine allgemeine Arteriosklerose mit Aortengeräusch vorfand, hatte nur vorübergehend Zucker im Harn, weitere diabetische Symptome fehlten. Thümmel-Leipzig.

Über die sogenannte Dupuytren'sche Kontraktur der Fascia palmaris bei Diabetes mellitus. Von Dr. Maréchal. (Journal de Neurologie. 1899, April.)

Verf. beobachtete 2 derartige Fälle; in dem einen handelte es sich um eine 65jährige Frau, die 60 gr. Zucker pro Liter ausschied, bei ihr war die

zu bezeichnen, bis zu welcher gedehnt werden müsse; das hänge von der Individualität des Falles ab. Findet sich nach geringen Dehnungen in der Harnröhre keine Verhärtung mehr, so kann man auf definitive Heilung rechnen, und umgekehrt träten bei stärkster Dilatation Recidive ein, wenn noch ein Infiltrat nachgewiesen werden könne.

Genouville (Paris), Uréthrotomies externes. In 6 Fällen machte G. nach der äufseren Urethrotomie eine Naht der Harnröhre über Dauerkatheter und liefs die Perinealwunde offen. Er erzielte hiermit eine raschere Heilungsdauer als ohne Naht und umging die Gefahr der Infektion.

Genouville, Calcul de l'urèthre perinéal avec prolongement dans l'urèthre postérieur.

Der Stein ist im vorliegenden Falle ausgezeichnet durch seine Gröfse, seine Form und seinen Sitz, denn die Steine der vorderen Harnröhre sind für gewöhnlich klein, während die grofsen im prostatischen Teile gelegen sind. Der Stein hat die Gröfse einer Wallnufs, liegt im Bulbus mit einem 2—3 cm langen Fortsatz. Es wurde die Urethrotomia ext. ausgeführt.

Pasteau, Des calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme.

Man beobachtete bei Frauen Steine, welche in einer taschenförmigen Bildung der hinteren Harnröhrenwand gelegen sind. P. hat im Jahre 1896 diese Divertikelsteine als „Calculs sousurethraux“ beschrieben. Bis jetzt sind 11 Fälle mitgeteilt, einen neuen beobachtete P.; hier war die blindsackartige Tasche früher bereits diagnostiziert und man konnte die allmähliche Entwickelung des Steines verfolgen. Therapeutisch genügt die Extraktion des Steines nicht, sondern es mufs nach Spaltung des Septum urethro-vaginale die Exstirpation des Sackes erfolgen.

Guillon (Paris), Abscefs de la prostate à pneumocoques.

Vier Tage nach Beendigung einer Dilatationskur, die wegen einer seit 25 Jahren bestehenden Gonorrhoe vorgenommen worden war, erkrankt der Patient G.'s an einer leichten Bronchopneumonie. Einige Tage darauf entsteht Druckempfindung und Schmerzhaftigkeit der Prostata ohne irgend welches Fieber oder objektive Zeichen von Eiterung. Nachdem dieser Zustand kurze Zeit bestanden, tritt ein Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis über 39 ein. Es entwickelt sich rasch eine grofse Eiteransammlung in der Prostata mit entzündlicher Schwellung in der Glutäalgegend, und an 2 Stellen Durchbruch in das Rektum unter Entleerung stinkenden Eiters. Durch praerektale Incision wird noch dicker Eiter entleert, der bakteriologisch aufser Pneumokokken keinerlei andere Bakterien enthält. Heilung verlief ohne Störung.

Der Fall ist ein Unikum und Verf. enthält sich vorläufig jedes Urteils über Ätiologie etc.

Albert Hogge (Liège), Elektromassage de la prostate.

Der therapeutische Wert der Prostatamassage ist dadurch beschränkt, dafs nur einzelne Teile der Vorsteherdrüse für den Finger zugängig sind. Zur Erhöhung der Wirkung hat H. gleichzeitig mit der Massage den konstanten Strom einwirken lassen und verwendete hierzu eine eigens konstruiert

Hartgummielektrode. Bei chronischer Prostatitis sowie beginnender Prostatahypertrophie erwies sich diese Behandlung von Vorteil, indem die Urinentleerung leichter wurde und auch die Häufigkeit namentlich während der Nacht abnahm. In alten Fällen von Prostatavergröfserung wird keine Wirkung erzielt, da, wie Verf. hervorhebt, nur die durch Kongestion des Organs selbst hervorgerufenen Symptome beeinflufst werden, den in späterer Periode notwendigen Katheterismus kann die Elektromassage nicht ersetzen.

Desnos (Paris), Abscès latents de la prostate.

D. unterscheidet 2 Arten von latenten Abscessen. Bei den einen wird plötzlich vom Rektum aus eine Flüssigkeitsansammlung in der Prostata nachgewiesen, die vorher absolut keine Symptome gemacht hatte; gelegentlich können hierdurch Retention oder akute Entzündungen entstehen. Bei der anderen Form beobachtet man multiple kleine Herde, die meist während einer Blennorrhoe entstehen. Häufig sieht man hierbei Erscheinungen geringgradiger Prostatitis, namentlich zunehmende Schwierigkeit der Harnentleerung und Schmerz während der ganzen Dauer der Miktion, ohne dafs man Fluktuation nachweisen könnte. Plötzlich findet eine Eiterabsonderung durch die Harnröhre statt und die Beschwerden sind verschwunden. Da die Entleerung der kleinen Herde nur ungenügend vor sich geht, bilden sie oft die Ursache chronischer Urethritis. Urethroskopisch liefsen sich die Perforationsöffnungen erkennen.

Janet (Paris), Phénomènes de prostatisme dans la prostatique chronique.

J. macht auf Grund mehrerer Beobachtungen darauf aufmerksam, dafs bei chronischer Prostatitis, wenn dieselbe durch Radfahren etc. dauernd gereizt wird, sich Symptome, ganz ähnlich denen der Prostatahypertrophie, einstellen können. Nicht nur ein ganz erhebliches Hindernis für die Urinentleerung wird dann gebildet, sondern auch die Folgezustände, Lähmung, vollständige oder unvollständige Retention kamen vor.

Janet (Paris), Traitement de la prostatite chronique.

Die nicht infektiösen Prostatitiden heilen unter Wasserbehandlung und Kauterisation der Pars posterior.

Die infektiösen Prostataentzündungen mufs man in solche durch Gonokokken erzeugte und solche, welche auf anderer Bakterieninvasion beruhen, unterscheiden; die letzteren betreffen die ganze Drüse oder nur einzelne Teile derselben. Ist die Drüse durch Massage zu entleeren, so ist die Prognose günstig, anderenfalls jedoch der Verlauf sehr hartnäckig und zu Recidiven aufserordentlich geneigt. Hier gelingt häufig noch die Entleerung des Sekrets durch Faradisation, wie sie Popper vorgeschlagen hat. J. hat hierfür eine besondere Massageelektrode anfertigen lassen. Selbstverständlich müssen neben der Massage und Elektrizität auch Spülungen, Instillationen und medikamentöse Behandlung entsprechende Anwendung finden.

Hogge sah öfters von der Galvanisation bessere Resultate als vom unterbrochenen Strom. Er führt dieselbe von der Peripherie zum Centrum hin aus, erreicht danach eine starke Einwirkung auf die nervösen Plexus,

Kontraktion der Drüse, der Analmuskulatur und auch vielleicht eine chemisch elektrische Wirkung.

Guiard (Paris), Lithotritie uréthrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique.

Die Operation wurde mit einem Lithotripter ausgeführt und gelang ohne grofse Schwierigkeit. Die Fragmente wurden mittelst eines feinen Lithotripter einzeln entfernt und nachher eine Ausspülung vorgenommen. Am folgenden Tage konnte der Patient G.'s aufstehen.

III. Sitzungstag.

(Vorsitzender Prof. Malherbe.)

Chonod, Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de 10 ans.

Ch. operierte sie derart, dafs er die Fistel eliptisch umschnitt, die Bauchhöhle eröffnete und den Urachus an der Blase abtrug. Er vernähte die Blasenwunde in der gewöhnlichen Weise und schlofs die Bauchhöhle. Der Erfolg war ein guter.

Rochet (Lyon), Résection de la branche perinéale des nerfs honteux internes dans certaines uréthro-cystites douloureuses chroniques.

Eine Reihe von sehr schmerzhaften Cystitiden trotzt jeglicher Behandlung und auch die Sectio alta schafft nur Erleichterung, solange die Bauchwunde offen erhalten wird. Verf. erzielte mit der doppelseitigen Durchschneidung des Ramus perinei nervi pudendi communis gute und dauernde Erfolge und zwar in 3 Fällen, bei denen heftigster Tenesmus trotz aller Behandlung lange Zeit bestanden hatte. Die Operation an sich ist nicht ganz leicht; man sucht am besten den Stamm an der Incisura ischiadica minor auf, verfolgt ihn bis zur Teilungsstelle und durchschneidet den unteren Ast unter sorgfältiger Schonung des oberen (n. dorsalis penis).

Estor (Montpellier), Onze cas de taille hypogastrique pour calcul vesical chez l'enfant.

Nach der Erfahrung E.'s bietet die vollständige Naht der Blase keine nennenswerten Vorzüge gegenüber der Drainage im unteren Winkel mit einem ca. 5 mm dicken Drain, besonders wird die Heilungsdauer nicht wesentlich abgekürzt. Nur wenn die Umstände die Anlegung der Blasenwunde sehr hoch gestatten, kann die vollständige Naht versucht werden, aber auch dann ist das Cavum Retzii zu drainieren.

Boussavit (Amiens), Calcul vésical chez un enfant de 22 mois.

Der durch die Sectio alta entfernte Stein wog 7 g und bestand aus harnsauren und phosphorsauren Salzen.

Carlier (Lille), Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant.

C. hat 20 Kinder mit Erfolg operiert; 5 durch Sectio alta und Drainage der Blase, 4 ohne Drainage und 11 mittelst Lithotritie. Letztere Operationsmethode hält C. für die beste und nimmt die Sectio alta nur dann vor, wenn die Gröfse oder Härte des Steines eine Zertrümmerung nicht gestattet. Er vernäht die Blase vollständig und drainiert nur die Hautwunde.

Chevalier (Paris), Corps étrangers de la vessie.

Von 5 Fremdkörpern waren 3 bei Frauen in onanistischer Absicht gebraucht; sie konnten auf natürlichem Wege entfernt werden, nur ein Bleistift, welcher mit dem stumpfen Ende eingeführt war, hatte mit der Spitze die Scheidewand nach der Vagina durchbohrt und wurde nach Spaltung des Septum dick inkrustiert herausgezogen. Bei Männern handelte es sich beide Male um abgebrochene Katheter.

In der Diskussion erwähnt Pousson (Bordeaux), dafs er eine Schildpattnadel aus der Blase extrahiert habe, die lange Zeit in derselben gelegen hatte und keine Spur von Inkrustation zeigte. Sehr bemerkenswert war auch ein anderer Fall, bei dem ein Katheter abgebrochen war, cystoskopisch jedoch das Stück nicht entdeckt werden konnte; dasselbe lag in einem falschen Weg, den sich der Patient bei der Einführung gebohrt hatte.

Pasteau (Paris), Les ganglions lymphatiques juxta-vésicaux.

Sowohl zu beiden Seiten als auch vorn finden sich an der Blase Gruppen von Lymphdrüsen. Während die ersteren schon lange bekannt sind, wurden die letzteren erst in jüngster Zeit näher untersucht. In diese münden sowohl die Lymphgefäfse der Blase als auch die tieferen Bahnen des Penis und der Glans.

Motz (Paris), Quatre cas d'adénome de la vessie.

Reine Adenome der Blase sind sehr selten. Unter 100 untersuchten Tumoren fand sie M. 4 mal. In einem Fall war die Diagnose in vivo gestellt. In den anderen handelte es sich um zufällige Sektionsbefunde, der Tumor safs auf dem Trigonum; gleichzeitig fand sich einmal ein adenomatöser Knoten im korrespondierenden Ureter und 2 mal adenomatöse Wucherungen in der Prostata.

Motz (Paris), Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

Im Jahre 1895 hatte Pousson festgestellt, dafs höchstens 2—4 Jahre nach der Exstirpation eines Blasentumors der Tod an Recidiv eingetreten war. Dem gegenüber hatten Albarran und Clado gefunden bei 110 gutartigen Tumoren 85 Heilungen, und bei 208 bösartigen 51 Heilungen. M. fand im Hospital Necker von 35 Kranken, die vor 3 Jahren oder länger operiert waren, 10 noch am Leben. Von den 18 Epitheliomen lebte nur noch einer; von 9 Papillomen lebten 7, 4 jedoch mit Recidiv behaftet. Malherbe hält ebenfalls die Prognose der Operation bei Epitheliomen für schlecht und rät bei Infiltration der Blasenwandung von jedem Eingriff ab.

Duret (Lille), Des troubles urinaires dans les appendicites.

D. unterscheidet 3 verschiedene Formen von Blasenstörung bei Appendicitis:

1. Andauernde Retention, Dysurie, Pyurie und selbst Pyelonephritis. Es besteht keine direkte Verbindung mit dem Wurmfortsatz, die Entzündung entwickelt sich à distance.

2. Harnstörung mit Eiteransammlung; der Urin ist trüb, übelriechend



und enthält fremde Beimischung. Ein Durchbruch des Abscesses hat stattgefunden.

3. Die Harnstörung wird durch perivesikal gelegene Steine hervorgerufen (Sterkoral-, Harnsteine oder gemischte Steine).

Reymond (Paris) stimmt dieser Einteilung zu und bemerkt, dafs bei der ersten Form auch die rein mechanischen Behinderungen eine wesentliche Rolle spielen.

Chevalier (Paris), Les pollakiuries uriques.

Ch. weist auf diejenigen Fälle hin, bei denen eine übermäfsige Säure im Urin Beschwerden ganz ähnlich einer Cystitis (öfters sogar Eiter) hervorruft. Meist handelt es sich um Harnsäure und dabei ist eine Gichtkur angezeigt; alle lokalen Mittel sind zu verwerfen.

Noguès (Paris), Urines purulentes et tuberculose.

Der Nachweis des Kochschen Bacillus gelingt im Urin nur selten, namentlich in den Frühstadien der Urogenitaltuberkulose. N. stellt die durch grofse Erfahrung (Guyon) gestützte Behauptung auf, dafs jeder eiterhaltige Urin, der von allen Bakterien frei sei, als höchst verdächtig auf beginnende Tuberkulose angesehen werden müsse.

Carlier bestätigt diese Thatsache und Janet bemerkt, dafs der Bacillennachweis durch Zusatz von Alkohol oder wenig Ammoniak zu dem zu centrifugierenden Urin sehr erleichtert werde.

Constaie (Paris), Contribution à létude des paralysies vésicales.

Bei den Blasenlähmungen auf centraler Basis mufs man solche des Blasenhalses von denen des Körpers trennen. Erstere werden durch Elektrizität sehr günstig beeinflufst, während dieselbe bei den letzteren fast wirkungslos ist.

IV. Sitzungstag.

(Vorsitzender Prof. Albarran.)

Poufson (Bordeaux), De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de néphrites médicales.

P. hat 24 Fälle von Nephritis mit schweren Symptomen operativ behandelt. Bei 9 Patienten mit Nephritis hämorrhag. nahm er 7 mal die Nephrektomie vor (2 Todesfälle, 5 Heilungen), 1 mal die Nephrotomie (Heilung) und 1 mal nur einen Explorationsschnitt (Heilung); bei 2 Nephralgieen 1 mal Nephrektomie (Heilung) und 1 Nephrotomie (Heilung); bei 4 subakuten, infektiösen Nephritiden 4 Nephrotomieen (4 Heilungen), bei 8 akuten, infektiösen Nephritiden 3 Nephrektomieen (3 Heilungen), 5 Nephrotomieen (2 Todesfälle, 3 Heilungen).

Nach seinen Erfahrungen hält P. die erwähnten Affektionen der Niere nicht für so oft doppelseitig, wenigstens nicht im Anfang, wie man gewöhnlich geneigt ist, zu glauben. Die erkrankte Seite mufs mittelst Cystoskop oder Ureterenkatheterismus bestimmt werden.

Die Wirkung der Nephrotomie erklärt P. so, dafs durch Aufhebung der Spannung die Kongestion und damit die Hämorrhagie nachläfst, und

ferner durch Wiederherstellung der normalen Cirkulation die Funktion der Niere wieder ermöglicht wird.

M. **Albarran** gleichzeitig im Namen von **Bernard** und **Bousquet**. **De la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale.**

Von verschiedenen Seiten ist der Anteil, welcher der osmotischen Spannung bei der Urinsekretion zukommt, untersucht worden. A. versuchte klinisch festzustellen, welchen Einfluſs die Erkrankung des Nierenparenchyms auf die molekulare Konzentration des Urins ausübte; er bediente sich hierzu der Kryoskopie. Die Versuche wurden, um alle Einwendungen zu beseitigen, an Patienten vorgenommen, die mit einer einseitigen Affektion behaftet waren und deren Urin getrennt durch Ureterenkatheterismus gewonnen wurde. Die Resultate waren folgende:

1. Parenchymerkrankungen der Niere üben einen Einfluſs auf die molekulare Konzentration des Urins aus.

2. Das Sinken des Gefrierpunktes des Urins wird beeinfluſst durch den Grad der Nierenerkrankung.

3. Die Kryoskopie kann zur Bestimmung der Ausscheidungsfähigkeit und somit der Funktionstüchtigkeit der Niere dienen. Natürlich muſs bei einseitigen Erkrankungen der Urin getrennt von beiden Seiten aufgefangen werden.

4. Diese Methode bietet erhebliche Vorteile gegenüber allen anderen bei genügender wissenschaftlicher Genauigkeit und praktischer Bequemlichkeit. Sie ergiebt die Ausscheidungsfähigkeit der Niere nicht nur für einen oder den anderen chemischen Körper oder für künstlich dem Organismus beigebrachte Substanzen Methylenblau) oder auf indirektem Wege durch Konstatierung der physiologischen und toxischen Eigenschaften des Harns am Versuchstier, sondern unmittelbar durch die Berechnung der Menge der ausgeschiedenen Moleküle. Weitere Mitteilungen sind in Aussicht genommen. (Zur Beurteilung des Wertes und der praktischen Bedeutung dieser neuen Methode wäre es nötig, die zur Bestimmung des Gefrierpunktes benutzten Apparate etc. zu kennen. Auch Mitteilung der Berechnungstabellen wäre wünschenswert.)

Albarran (Paris), **La néphrite chez les cancéreux.**

Während früher nur eine sklerosierende Entzündung in der unmittelbaren Umgebung des Tumors bekannt war, wies A. an 11 Fällen nach, daſs auch in den von der Geschwulst entfernt gelegenen Teilen stets eine diffuse, interstitielle und parenchymatöse Nephritis besteht; und in einem Falle von Sarkom wurde dieselbe nicht gefunden.

Durch getrenntes Auffangen des Urins von jeder Seite fand A. regelmäſsig auf der kranken Seite eine Verminderung des Harnstoffs, der Phosphate und des Chlors. 2 mal konnte mittelst der Methylenblaumethode eine Funktionsstörung der kranken Seite nachgewiesen werden. Einmal wurde auch kryoskopisch untersucht und der Gefrierpunkt der kranken Seite auf 0,56 bestimmt, während derjenige der gesunden Seite 1,54 betrug. Die nicht von der Neubildung betroffene Niere kann völlig gesund oder auch entzündlich

erkrankt sein, meist jedoch nicht schwer, so dafs sie nach Exstirpation des karcinomatösen Organs wieder ausheilt. Die Ursache der Nierenentzündung sucht A. in der bestehenden Toxhämie und glaubt, dafs auch die Ausscheidung der karcinomatösen Toxine bei Krebsen anderer Organe Nephritis erzeugen kann.

Imbert (Montpellier), Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein.

Die von J. implantierten Nebennieren erzeugten histologisch Bilder bei ihrem weiteren Wachstum, welche einige Analogie mit denjenigen der aus abgesprengten Keimen hervorgegangenen Geschwülste zeigen.

Tuffier, De la néphrolithotomie.

Der Vortrag berührt nur technische Fragen. An Stelle des in Frankreich gebräuchlichen Vertikalschnittes will T. einen queren Schnitt anwenden, parallel der 12. Rippe, die Muskeln sollen nicht quer, sondern in der Faserrichtung durchtrennt werden und die Spaltung der Niere soll auf der Höhe der Konvexität erfolgen, nicht nach hinten davon, wie zur Verminderung der Blutung vorgeschlagen war.

Poufson, Hydronéphrose par calcul de bassinet.

Seit 24 Jahren bestanden Steinsymptome, seit 6 Jahren jedoch erst Blutungen, die anfangs in Intervallen auftraten, später aber andauernd blieben, so dafs sie ganz den Charakter einer karcinomatösen Hämaturie annahmen. Eine Nierenvergröfserung war nicht zu fühlen, da dieselbe nach oben hin stattgefunden hatte und die Niere kaum die Rippen überragte.

Desnos, Pyonéphrose consécutive à une grippe.

Nach einem Influenzaanfall traten bei einem Herrn, der vorher nur über unbestimmte Schmerzen in der rechten Nierengegend geklagt hatte, sehr heftige Schmerzen der Lumbalgegend ein, die durch Druck gesteigert wurden. Bei der vorgenommenen Operation wurde aus dem Nierenbecken ein Liter Eiter entleert und ein grofser vielverzweigter Stein. Im Eiter fanden sich Streptokokken. Wahrscheinlich bestand der Stein schon seit langem und die Infektion wurde durch die Influenza erzeugt.

Tédenat (Montpellier), Lithotritie en une séance.

T. berichtet über die von ihm vorgenommenen Steinzertrümmerungen. Bei 56 Operationen hatte er eine Mortalität von 1,85 %, während von anderen Operateuren 1,5—3 % berichtet werden. Das Resultat ist namentlich insofern sehr bemerkenswert, als die Mortalität bei der Sectio alta immer noch 15—25 % beträgt.

Albarran, Radiographie des Calculs du rein.

A. demonstriert 3 Radiographieen von Nierensteinen, von denen 2 doppelseitig sind. Bei allen dreien wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt.

Koenig-Wiesbaden.



Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Einige bei der Urin-Untersuchung oft unbeachtete Punkte. Von Reed-Philadelphia. (Internat. med. Magaz. Febr. 1899.)

Es genügt nicht, bei chron. Erkrankungen der Harnwege den Urin auf Zucker und Eiweifs zu untersuchen, denn es kann trotz Fehlens von Eiweifs und Cylindern eine kranke Niere vorhanden sein.

Eine exakte Urinuntersuchung mufs folgende Fragen erledigen: Menge, Farbe, Reinheit, Geruch, Reaktion, spec. Gewicht, Eiweifs, Zucker, Sediment, Indikan, proc. Säuregehalt, Totalsumme binnen 24 Stunden. Ein häufiges Vorkommen ist Indikan, eine Folge von Darmfäulnis, in deren Begleitung durch Autointoxikation allerlei nervöse Symptome auftreten. Ferner kommt es vor bei Tuberkulösen, bei Pleuritis und Peritonitis sowie allen Digestionserscheinungen, besonders der Kinder. Federer-Teplitz.

Un cas de bacteriurie. Von F. Warburg. (Münch. Med. Wochenschrift 1899, Nr. 29.)

Bei einem 45jähr. Manne stellte sich im Verlaufe einer gewöhnlichen Bronchitis Bakteriurie durch den Bacillus lactis aërogenes ein. W. giebt bei Ausschlufs aller anderen Möglichkeiten der Vermutung Ausdruck, dafs derselbe durch den Respirationstraktus in den Körper gekommen sei.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über das Vorkommen von Milben im Harn. Von Marpmann. (Centralbl. f. Bakt. 1899, Nr. 8/9.)

Neysake und Scribe haben in Tokio in einem blutigen Harn wiederholt Milben gefunden. Verf. hat in dem Harn eines Nephritikers eine tote Acaride gefunden; jedenfalls eine zufällige Verunreinigung. Federer-Teplitz.

Ein Fall von Chylurie. Von S. Philipps. (Brit. med. Journ. 5. Nov. 1898.)

Ein 16jähriger Knabe hat nach dem Schlafen, ob er tags oder nachts schläft, trüben Harn, der sonst stets klar ist. Der Harn enthält Eiweifs, Fett und Körnchen, wie sie als Bestandteile des Chylus beschrieben werden. Er reagiert sauer, hat ein spec. Gewicht von 1030. Im klaren Harn finden sich auch Spuren von Eiweifs. Federer-Teplitz.

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Gichtknoten. Von Freudweiler. Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1899. Bd. 63, H. 3 u. 4, S. 266—335.

F. hat durch subkutane Injektion von Natriumbiuratsolutionen bei Kaninchen artificielle Uratherde erzeugt und mikroskopisch untersucht. Seine Ergebnisse sprachen nicht zu Gunsten der Ebsteinschen Auffassung, dafs bei den Gichtknoten die Gewebsnekrose primär, die Kristallablagerung sekundär erfolge. Man ist imstande, durch Injektion einer Aufschwemmung von Natriumbiurat eine dem wahren Gichtknoten anatomisch entsprechende Gewebsläsion zu erzeugen. Die in den artifiziellen Biuratknoten auftretende Gewebsnekrose läfst sich nicht als eine einfache Fremdkörperwirkung erklären, sondern mufs als eine specifische Giftwirkung des Natriumbiurats aufgefafst werden. Es ging letzteres aus dem Vergleich mit artifiziellen Calciumbicarbonatherden hervor, welche qualitative und quantitative Abweichungen in ihrem Bau, ihrer Reaktion, und ihrem Ablauf von den Biuratherden aufwiesen. Die artifiziellen Biuratherde verschwinden auf dem Wege der Phagocytose. Zur Zeit der entzündlichen Infiltration sind es in erster Linie poly- und mononucleäre Leukocyten, die phagocytär eingreifen; später beteiligen sich Bindegewebszellen und neugebildete Riesenzellen an der Phagocytose. Für die Annahme einer rein physikalischen Auflösung der Kristalle oder einer zur Lösung führenden chemischen Umsetzung fehlt zur Zeit jeder Anhaltspunkt. Ebensowenig liefs sich durch Zufuhr von Säuren oder Alkalien die Rückbildung der artifiziellen Herde beschleunigen. Bei einem Versuch, den Verf. an sich selbst machte, war die Einnahme von Alkalien gleichfalls ohne jeden Einflufs auf den künstlichen Biuratherd. Da der Befund der Biuratherde dem der Gichtknoten pathologisch histologisch analog ist, lassen sich aus den Experimenten wohl Schlüsse auf das Wesen der Gichtknoten ziehen. Diese würden dahin gehen, dafs die Krystalleinlagerung den Gewebstod hervorruft, dafs die Kristallauflösung durch Phagocytose erfolgt, und dafs das umgebende Bindegewebe die Regeneration oder die Abkapselung einleitet. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Nephritis, Diabetes und Nierendiabetes. Von Naunyn. (Zeitschrift für praktische Ärzte, Nr. 15, 1899.)

N. weifst in einem klinischen Vortrage darauf hin, dafs bei einem Diabetiker durch verschiedene komplizierende Krankheiten eine Albuminurie auftreten können, so bei Cystopyelitis, Pyelonephritis, bei akuten fieberhaften Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Gangrän und am häufigsten bei Arteriosklerose. Beide Stoffwechselanomalien stehen aber dabei nie in direkten Beziehungen zu einander. Es giebt jedoch eine richtige diabetische Albuminurie, in solchen Fällen handelt es sich aber nicht um eine Nephritis. Dafs die plötzliche Beseitigung des Zuckers durch strenge Diät Ursache einer Albuminurie sein könne (Stokvis), hält N. nicht für erwiesen, jedenfalls sei dies nur selten der Fall; auch die Ansicht, dafs der reichliche Eiergenufs bei Diabetikern Albuminurie hervorrufen könnte, hält N. nicht für wahrscheinlich. Wahre Nephritis ist häufig mit Diabetes

kombiniert bei Arteriosklerose, letztere ist dann die Ursache. Fälle von Nierendiabetes sind selten, im ganzen sind bis jetzt 5 Fälle bekannt, 4 von Naunyn, einer von Klemperer beschrieben. Thümmel-Leipzig.

Quelques remarques sur le Diabete conjugal. Von Cornillon. (Progrès med. 98, Nr. 8.)

C. ist, gestützt auf einige eigene Betrachtungen, der Ansicht, dafs der Diabetes zwischen Ehegatten übertragbar sei, allerdings nicht häufig, in etwa 1 % der Fälle. Die Übertragung könne sich durch Speichel, Urin, Schweifs, Samenflüssigkeit langsam vollziehen. Meist würden ältere starke Personen betroffen. Neue Beweise für die Kontagiosität der Diabetes sind vom Verf. allerdings nicht beigebracht. Thümmel-Leipzig.

Über Bronzefärbung der Haut bei Diabetes. Von W. Anschütz. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 62. Bd.).

Ver. beobachtete einen Potator mit Lebercirrhose, der ganz dunkelbronzefarbig war mehrere Monate vor dem Tode erschienen Diabetessymptome. Verf. erklärt die Erscheinungen als Folgen des Diabetes. Die schweren Organveränderungen verdanken ihren Ursprung Pigmentablagerungen, welche durch eine Hämolyse bedingt sind. Die allgemeine Hämochromatose wird durch eine Erkrankung des Blutes ebensowohl wie durch eine der Zellen der meisten Organe verursacht. In den Organen, in welchen Degenerationen am häufigsten auftreten, kommt es zu einer Art reaktiven Entzündung.

Federer-Teplitz.

Diseases of the heart and glycosurie. Von C. F. Martin. (Montreal. med. journ. 98, August.)

M. beobachtete 4 Fälle von persistierender Glykosurie bei organischen Herzkrankheiten, eine selten beobachtete Erscheinung, während vorübergehende funktionelle Störungen des Herzens bei Diabetes und umgekehrt vorübergehende Glykosurie bei Herzkrankheiten häufiger beobachtet werden.

In seinem ersten Fall handelte es sich um eine Myocarditis mit Herzhypertrophie und Kompensationsstörungen. Der vorhandene Zucker schwand während 2monatlicher Beobachtungszeit nicht, wurde aber herabgesetzt. Die gewöhnlichen Diabetessymptome (Durst, Polyurie, Abmagerung) fehlten. Im 2. Falle, einer Mitralendocarditis mit Hypertrophie ohne Kompensationsstörungen, bestand neben einer geringen Vermehrung der Harnmenge reichlicher Zuckergehalt. Im 3. Fall lag Herzhypertrophie mit Kompensationsstörungen vor. Der Patient hatte im Durchschnitt $^1/_2$ % Saccharum, gelegentlich auch etwas Albumen. Der 4. Patient, bei dem sich eine allgemeine Arteriosklerose mit Aortengeräusch vorfand, hatte nur vorübergehend Zucker im Harn, weitere diabetische Symptome fehlten. Thümmel-Leipzig.

Über die sogenannte Dupuytren'sche Kontraktur der Fascia palmaris bei Diabetes mellitus. Von Dr. Maréchal. (Journal de Neurologie. 1899, April.)

Verf. beobachtete 2 derartige Fälle; in dem einen handelte es sich um eine 65jährige Frau, die 60 gr. Zucker pro Liter ausschied, bei ihr war die

Dupuytren'sche Kontraktur in typischer Weise vorhanden; im 2. Falle, bei einem 58jährigen Diabetiker (15 gr. pro Liter) war schon seit 4 Jahren eine beiderseitige Kontraktur zu konstatieren. Beide Kranke hatten angeblich nie schwere Handarbeiten verrichtet. Verf. nimmt daher als Ursache der Kontrakturen Störungen der Ernährung und der Innervation an. Im Jahre 1883 hat schon Viger in seiner Dissertationsschrift 6 derartige Fälle beschrieben.

Thümmel-Leipzig.

Zur diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus. Von Kollisch. (Wiener klin. Wochenschr. 1899, Nr. 52.)

K. warnt davor, die Diabetiker durch übertriebene Fleischkost zu ernähren; im Gegenteile hat er durch strenges vegetarianisches Regime sehr gute Erfolge erzielt. Die Schwierigkeiten bei Durchführung einer derartigen Diät sind nicht allzugrofse, oft gewöhnen sich die Kranken sogar leichter daran, als an die ausschliefsliche Fleischkost. Die erste Folge des vegetarianischen Regimes ist die Abnahme der Harnmenge, während die Glykosurie erst später schwindet. K. hat bei konsequent durchgeführter vegetarianischer Behandlung auch Aceton und Acetessigsäure aus dem Urin verschwinden sehen. Durch zeitweise Zufuhr von Fleisch kann man den schädlichen Einflufs dieses Nahrungsmittels leicht erweisen. Zum Schlusse stellt der Verf. noch eine ausführliche Publikation über denselben Gegenstand in Aussicht.

v. Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Nieren.

L'influenza degli anestetici sulla permenbilità renale. Von Galeazzi und Grillo. (2. Policlinics. 15. Sept. 1899.)

Die Verff. haben sich, um die Permeabilität der Niere zu studieren, der Methode von Achard und Castaigne bedient, welche in der inneren Darreichung von Methylenblau und dem Nachweise dieses Farbstoffes im Urin besteht. Dieses Verfahren bietet den Vorteil grofser Einfachheit und ist auch völlig indifferent für den Organismus. Bei gesunden Individuen erscheint das Methylenblau spätestens nach 35—40 Minuten im Urin, erreicht nach 3—4 Stunden sein Maximum und verschwindet nach 50 bis 60 Stunden. Um jeden Irrtum auszuschliefsen, haben die Verff. einen Verweilkatheter eingelegt. Die Resultate, zu welchen die Autoren gelangten, sind im wesentlichen folgende:

1. Die Arzneimittel, welche imstande sind, eine allgemeine Methode herbeizuführen, vermeiden die Permeabilität der Niere, was sich in Verzögerung der Methylenblauausscheidung äufsert.

2. Das Chloroform behindert die Funktion der Niere in viel höherem Mafse als der Äther.

v. Hofmann-Wien.

Beitrag zur Lehre von der Abstammnng des Harncylinders. Von von Czihlarz. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 9.)

C. befafst sich mit der zum gröfsten Teile noch ungelösten Frage, ob es sich bei den hyalinner Cylindern um Fibrin handle und resumiert in Kürze

die bisher über dieses Thema erschienenen Arbeiten. Die granulierten Cylinder entstehen nach Ansicht des Verf. hauptsächlich aus Detritusmassen, die sich in den gewundenen Harnkanälchen bei parenchymatöser und fettiger Degeneration finden, während die Epithelcylinder vorwiegend aus den Sammelröhrchen stammen. v. Hofmann-Wien.

Kanthariden als Haemostipticum bei Hämaturie und ihr Gebrauch bei Albuminurie. Von O. Bewen. (Brit. med. Journ. 17. Sept. 1898.) Ein 68jähriger Mann bekommt eine Blutung durch die Urethra. Ergotin und Bettruhe stillten die Blutung, die jedoch bald wieder kam und allen Mitteln hartnäckig trotzte. Verf. verordnete Tinctura cantharidum, dreimal fünf Tropfen.

Die Blutung hört nach 24 Stunden auf, der Urin wurde klar. Als nach einigen Tagen Spuren Blut wieder auftraten, genügten geringe Dosen, um die Blutung zu sistieren. Die Blutung ist nicht wiedergekehrt. Das Mittel, in kleinen Dosen angewandt, setzt auch die Eiweifsmenge bei Patienten, die an der „grossen weifsen Niere“ leiden, in auffallender Weise herab. Federer-Teplitz.

Ein Fall von Pyohydronephrose mit Entleerung des Harns durch die Bronchien. Von K. Kondratowitsch. (Medicinskoje Obosrenje 1899, Heft 4.)

Verf. berichtet über einen 44jährigen Kranken, der seit 10 Jahren an Nierensteinkoliken litt; im Verlaufe dieser Zeit bemerkte der Pat. mehreremals in der rechten Seite eine Geschwulst, die nach Abgang eines Steines aus der Harnröhre verschwand. Im April 1898 bekam der Pat. wieder eine Kolik, an die sich eine rechtsseitige Pyohydronephrose anschlofs. Pat. verweigerte den vorgeschlagenen chirurgischen Eingriff (Nephrotomie) vornehmen zu lassen. Vom 8. Mai an entleerte sich Urin durch die Bronchien, bis 1800 gr pro die. Der Zustand hielt sich so bis zum 23. Juni. Aufserdem wurde rechtsseitiges Pleuraexsudat konstatiert. Als sich Ende Juni der Zustand gebessert hatte, d. h. als der Pat. nur noch Schleim auswarf, verliefs derselbe das Krankenhaus, ohne dafs man weitere Nachrichten über ihn erlangen konnte. Thümmel-Leipzig.

Néphritis acuta in Folge von Sauerampfervergiftung. Von H. Eichhorst. (D. Mediz. Wochenschrift 1899, Nr. 28.)

Der Fall betrifft einen 12jährigen Knaben; aufser diesem sind in der Litteratur nur 3 Fälle von Sauerampfervergiftung (1 von Suckling, 2 von Taylor) veröffentlicht; aus der Veterinärmedizin ist 1 Fall von Michels angeführt.

Im vorliegenden Falle ergab die Prüfung des Urins auf Oxalsäure negatives Resultat. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Brights disease or Nephritis. Von W. Mills. (Medical Record 1899, 26. Aug.)

In dem vorliegenden Aufsatze werden vor allem die Ansichten der verschiedenen Autoren über die hier in Betracht kommenden Fragen dis-

kutiert. Die Albuminurie ist nach M. eine Folge des veränderten Epithels der Glomeruli. Die Ursache des Hydrops liegt in einer Veränderung der Blutgefäfswandungen, die eine anormale Exsudation zulassen.

Bei der Behandlung der akuten Nephritis beschränkt sich Verf. auf Milchdiät, reichlichen Wassergenufs, Bettruhe. Mangelhafte Urinausscheidung bekämpft er mit heifsen Getränken, heifsen Bädern. Einpackungen. Bei urämischen Delirien hat er Hyoscamin, bei urämischem Kopfschmerz kleine Dosen von Nitroglycerin mit Erfolg angewandt.

Die Diät bei der chronischen Brightschen Krankheit soll keine zu eingeschränkte sein. M. verbietet nur fette und sehr schwere Speisen Von den Medikamenten ist Kalomel am wirksamsten. Bei Schlaflosigkeit zieht Verf. Codein dem Morphium vor. Dreysel-Leipzig.

Albuminurie héréditaire. Von Fieux. (Journ. de Méd. 25. Julliet. 1899.)

F. ist der Ansicht, dafs Albuminurie von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann und dafs dies den Boden ebnet für spätere Erkrankungen an schwerer Nephritis, wie sie nach den gewöhnlichen Kinderkrankheiten, wie Scharlach, Mumps etc. auftreten können. Von 10 Kindern nicht albuminurischen Müttern zeigte nur eines Spuren von Eiweifs im Urin, während von 4 Kindern eklamptischer Mütter 3 Albuminurie zeigten.

v. Hofmann-Wien.

Die Erblichkeit der chronischen Nephritis. Von Sél. Weekblad v. h. Tydschr. v. Genneskunde 1899, 28. (Münch. med. Wchschr. 1899, Nr. 29.)

P. berichtet ein klassisches Beispiel der Erblichkeit der chronischen Nephritis: in 3 Generationen 1 Familie 18 Erkrankungen. Ein Nephritiker hat 8 Kinder; 6 davon werden Nephritiker, von den Enkeln gleichfalls 6, sowie 1 Urenkel; der Bruder des Stammhalters, gleichfalls nierenkrank, hat unter seinen 8 Kindern 4 mit Nephritis chronica. Mit Diabetes, Arthritis, Phthisis ist die Familie in geringem Mafse belastet.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Albuminuric Retinitis. Von S. West. (Brit. Med. Journ. 29. Okt. 1899.)

W. unterscheidet 2 Formen der Retinitis albuminurica, die exsudative und die degenerative. Die erstere findet sich fast nur bei parenchymatöser Nephritis, sie ist entzündlicher Natur, wahrscheinlich toxischen Ursprunges und kann sich nahezu vollständig zurückbilden. Die degenerative Form kommt bei Schrumpfniere vor und beruht auf Gefäfsveränderungen mechanischen Ursprunges. Diese Form kann sich nicht zurückbilden. Sie ist ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose der Schrumpfniere, während der exsudativen Form nur die Bedeutung einer interessanten Nebenerscheinung der parenchymatösen Nephritis zukommt. v. Hofmann-Wien.

The treatment of renal dropsy. Von N. Tirard. (Edinbourgh Med. Journ. 1899, Juni.)

Die Gefahren der Ödöme bei akuter Nephritis sind nach T. dreifacher Art:

1. Die unmittelbare Gefahr, welche in der fehlenden oder verminderten Urinausscheidung liegt.

2. Die Gefahren durch Störung der Respiration und Cirkulation.

3. Die Möglichkeit des Eintrittes chronischer Nierenveränderungen.

Alle diese Gefahren werden durch möglichst rasche Entfernung der Flüssigkeitsansammlungen vermieden. Erreicht wird diese Entfernung durch Einwirkung auf Nieren-, Haut- und Darmthätigkeit. Diuretica sollen jedoch in den ersten Stadien der Krankheit nicht verwendet werden. Sie sind besonders bei den subakuten Attacken der chronischen Fälle angezeigt. Ödöm der Glottis kann häufig durch Scarifikation der aryepiglottischen Falten günstig beeinflufst werden. Bei Hydrothorax und Hydropericard ist frühzeitiges operatives Eingreifen am Platze. Herzschwäche mufs durch Stimulantien, innerlich und subkutan, bekämpft werden.

Dreysel-Leipzig.

Les liquides abondants et les viandes blanches dans le régime de la néphrite interstitielle. Von R. Romme. (La Presse Méd. Nr. 81 vom 11. Oktob. 1899.)

Anknüpfend an eine Arbeit C. v. Noordens in der Therapie der Gegenwart erörtert R., dafs die überreichliche Flüssigkeitszufuhr bei interstitieller Nephritis schädlich, dafs die vom Herzen drohenden Störungen bei täglichem Genufs von 1—1$^1/_4$ Liter Milch meist zurückzugehen pflegen und dabei doch die Diurese reichlich bleibt.

Hinsichtlich des Genusses von nur weifsem Fleisch bei interstitieller Nephritis ergaben die Versuche v. Noordens, dafs diese Vorschrift sich ohne Grund traditionell sich in allen Lehrbüchern wiederholt: er hält Beefsteak und Zwischenrippenstück für den Kranken erlaubt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Bindeneinwickelung der Extremitäten bei Albuminurie bewirkt nach Bruschini (La Nuova rivista clin.-terap. 1899, 5. Münch. med. Wchschr. Nr. 28.) Blutdruckerhöhung, so lange sie andauert, nachher Blutdruckerniedrigung, sowie Verminderung der Eiweifsausscheidung; diese letztere überdauert die Wickelung um 24 Stunden. Leichte Albuminurien können auf diese Weise geheilt werden.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Le traitement de l'urémie. Von Huchard. (Journ. des Praticiens 1899.)

Ausgehend von der Annahme, dafs es sich bei der Urämie um eine verminderte Ausscheidung verschiedener Toxine handele, und dafs die Chloride dabei im Urin vielfach ganz fehlen, schlägt H. eine Behandlung vor, die er „le traitement par les trois lavages“ nennt. Wir kennen zwar

nicht alle bei der Urämie in Betracht kommenden Toxine, wissen aber, dafs sie im Magen, Darm und Blut gebildet werden. Aufgabe der Therapie hat zu sein, sie von diesen drei Stätten zu entfernen. H. schlägt darum Ausspülungen des Magens und des Darmes vor und eine Verdünnung resp. Regeneration des Blutes durch subkutane Injektion von 2—300 g Kochsalzlösung mit oder ohne vorausgegangenem Aderlafs.

Dreysel-Leipzig.

Unusual dyspnoea in the uraemia state. Von Ch. Elgood. (Brit. Med. Journ. Sept. 30, 1899.)

Kurzer Bericht der Krankengeschichte eines 31 jährigen Bleiarbeiters, der seit längerer Zeit an Morbus Brightii leidend, anfangs nur bei Nacht, später auch bei Tage Cheyne-Stokessches Atmungsphänomen zeigte. Dabei bestand, trotzdem an Herz und Lungen keine Veränderung klinisch nachweisbar war, die heftigste Dyspnoe, welche durch körperliche Anstrengungen nicht vermehrt wurde, in der Nacht aber an Intensität zunahm. Cyanose bestand niemals. Im Stadium der Apnoe fühlte sich der Pat. leichter und war auch halbwegs bei Bewufstsein, welches nach Beginn der Atmung sofort wieder schwand, während zu gleicher Zeit die heftigste Atemnot auftrat. Chloralhydrat und Chloroform schafften etwas Erleichterung, doch starb Pat. schliefslich unter urämischen Krämpfen. Ein Sektionsbefund fehlt.

v. Hofmann-Wien.

The occurrence of Cheyne-Stokes respiration during sleep a diagnostic symptom in the early stages of interstitial Nephritis. Von Ch. O'Donovan. (Med. News 1899, 16. Sept.)

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dafs in manchen Fällen von interstitieller Nephritis das Cheyne-Stokesche Atmungsphänomen eins der allerersten Symptome ist und sich schon nachweisen läfst, wenn Albumen noch ganz fehlt, oder wenigstens nur in geringer Menge und unregelmäfsig vorhanden ist. Verf. führt die von ihm beobachteten drei Fälle kurz an. Bei allen diesen trat das Symptom nur während der Nacht auf.

Dreysel-Leipzig.

Renal Calculus Localised by X Rays. Von R. Morison. (Brit. Med. Journ. 18. Nov. 1899.)

Es zeigte auf den Platten ein zwar nur schwacher, aber bei verschiedenen Aufnahmen regelmäfsig sichtbare Schatten. Bei der Operation wurde ein wallnufsgrofser Stein, vermutlich aus oxalsaurem Kalk bestehend entfernt.

v. Hofmann-Wien.

Zur Frage von der Ätiologie, Diagnose und Therapie der Nephrolithiasis. Von E. K. Skawitz. (Arbeiten der Gesellschaft russischer Ärzte. Moskau 1899.)

Im Anschlufs an 6 Fälle stellt S. den Satz auf, dafs als Ursache der Lithiasis eine Entzündung der epithelialen Innenflächen der Glomeruri, Kanäle und des Nierenbeckens anzusehen sein. (Verf. giebt dieser Entzündung den Namen Endonephritis.) Die Lithiasis ist als sekundär aufzufassen; für eine Frühdiagnose kommen also alle Symptome einer Pyelitis in Betracht. Be-

treffs der Therapie rät Verf., im Gegensatz zu Strümpells und Senators Ansichten, möglichst frühzeitig zu einem chirurgischen Eingriffe.

Thümmel-Leipzig.

Dauererfolge nach Nephropexie. Von v. Török. (Wien, Klinisch. Wchschr. 1899. 22.)

Betr. 2 Frauen, welche $2^1/_2$, bez. 1 Jahr nach Festnähung ihrer bis da beweglichen r. Niere geheilt geblieben waren. Bei der 1. Patientin hatten die zuweilen plötzlichen Lageveränderungen zu Einklemmungserscheinungen und vollständiger Erwerbsunfähigkeit geführt, bei der 2. hatte die vor dem Pylorus ventriculi in einer Bauchfellfalte eingehüllt liegende Niere eine Magengeschwulst vorgetäuscht und war erst bei der Operation identifiziert worden. Gegenüber dem neuerdings hie und da erwachten Mifstrauen gegen die Nephrorraphie betont F. nach einem Rückblick auf ihre Geschichte, dafs sie allerdings nur bei jenen schweren Fällen angezeigt sei, welche durch einklemmungsartige Erscheinungen, durch heftige Neuralgien, durch Druck auf Magen und Darm die Kranken ganz arbeitsunfähig machen, dafs aber in diesen Fällen eben auch kein anderes Mittel zur Heilung führe.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Suppression of Urine for Five Days. Von Fenwick. (Brit. Med. Journ. 21. Okt. 1899.)

Die Anurie erwies sich bei dem 56jährigen Pat. durch Geschwulstmassen bedingt, welche einerseits die linke Niere, andererseits den rechten Harnleiter einschlossen. Der Kranke starb am 11. Tage nach der Operation. Bei der Autopsie zeigt sich das Mesenterium in eine harte carcinomatöse Masse umgewandelt. Die linke Niere war vollkommen zerstört, ihre Ureter in einen fibrösen Strang umgewandelt. Die rechte Niere war frei, aber ihr Ureter durch das carcinomatöse Peritoneum komprimiert. Durch die Manipulationen bei der Operation scheint die Kompression für kurze Zeit behoben worden zu sein, da der Pat. nach dem Eingriff durch mehrere Tage im Durchschnit 100 Unzen (3100 g) klaren Urins entleert.

v. Hofmann-Wien.

Primary Nephrectomy for complete Rupture of a Kidney. Von Blanct-Sutton. (Brit. Med Journ. 18. Nov. 1899.)

Ein 35jähriger Mann wurde von einem Kab überfahren und mit Zeichen innerer Blutung ins Spital gebracht. In der rechten Lende fand sich eine ausgebreitete, nicht gut umgrenzte Schwellung. Da 3 Stunden nach der Aufnahme auch Blut im Urin erschien, wurde zur Operation geschritten und die rechte Niere, welche vollständig auseinander gerissen war, auf transperitonealem Wege entfernt, da sich ein Zusammennähen der durchtrennten Teile als unmöglich erwies. Der Kranke verliefs nach 4 Wochen das Spital bei stetig fortschreitendem Wohlbefinden.

Im Anschlufs an diesen Vortrag berichtet Turner über einen ähnlichen Fall. Ein 57jähriger Mann fiel vom Omnibus mit der rechten Seite auf das Strafsenpflaster. Da alle Zeichen auf Nierenruptur hinwiesen, ope-

rierte Turner in ähnlicher Weise wie Blanct-Sutton und entfernte transperitoneal die zertrümmerte rechte Niere. Auch dieser Fall heilte trotz eines bei einem heftigen Hustenstofse erfolgten Eingeweidevorfalls durch die Wunde. v. Hofmann-Wien.

Zur klinischen Bedeutung der Nierendystopie. Ein Fall von operierter Beckenniere. Von Hochenegg. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 1.)

Bei einer 52jährigen Pat., welche schon seit vielen Jahren an hartnäckiger Obstirpation litt, steigerten sich die Beschwerden in der letzten Zeit derartig, dafs die Kranke ärztlichen Rat suchte. Bei der von Chrobak vorgenommenen Untersuchung per vaginam fand sich ein ganseigrofser Tumor im kleinen Becken, welcher für ein Myom im linken Ligamentum latum imponierte. Es wurde zur Operation geraten, doch die Pat. lehnte anfangs jeden Eingriff ab und versuchte es mit einer Kaltwasserkur, nach welcher rasch vorübergehende Besserung eintrat. Als die alten Beschwerden wieder auftraten, sah H. die Pat. und schlofs sich der Diagnose Myom an. Es wurde daher zur Operation geschritten und Schauta eröffnete mittelst hinterem Vaginalschnitt den Douglas, fand aber zu seiner Überraschung Uterus und Ovarien vollständig frei. Bei genauerer Untersuchung stellte sich heraus, dafs die Geschwulst extraperitoneal in der Kreuzbeinaushöhlung liege und weder per vaginam noch durch Laparatomie gut zugänglich sei, weshalb die Operation unterbrochen und Hochenegg zum Konsilium gerufen wurde. Derselbe ging die Geschwulst auf sacralem Wege an, da dieser einer Exstirpation am wenigsten Schwierigkeiten zu bereiten schien. Das Steifsbein und die zwei untersten Kreuzbeinwirbel wurden entfernt, das Rectum vom Tumor isoliert und der letztere freigelegt. Es zeigte sich, dafs man es mit einer, in der Kreuzbeinaushöhlung gelagerten, nicht vergröfserten Niere zu thun habe. Die Exstirpation derselben gelang mit Leichtigkeit. Der Wundverlauf war durch schwere psychische Erregungszustände kompliziert, aber sonst normal. Es entleerte sich anfangs auf Irrigationen etc., später spontan massenhaft Stuhl und es ist eine anhaltende, bedeutende Besserung der Obstirpation eingetreten, so dafs die Kranke mit dem Resultate zufrieden ist. Die exstirpierte Niere war von dreieckiger Form, kuchenförmig, kleiner als normal (weshalb auf das Vorhandensein einer funktionierenden rechten Niere geschlossen werden konnte), in der oberen Hälfte embryonal gelappt. Es handelte sich, wie der Verf. betont, nicht um eine Wanderniere, sondern um eine auf Entwickelungshemmung oder Abweichung beruhende, also kongenitale, abnorme Lagerung der Niere, was sich aus der Veränderung der Form, aus der Lappung etc. leicht nachweisen läfst. Was die Berechtigung einer Exstirpation der Beckenniere betrifft, so meint H., man solle das Organ erstens dann entfernen, wenn es so erkrankt ist, dafs an und für sich durch die Erkrankung eine Operation indiciert ist, ferner aber auch, wenn sehr bedeutende Beschwerden bestehen. Selbstverständlich mufs man sich stets auf das Genaueste vom Vorhandensein und der Funktionstüchtigkeit der zweiten Niere überzeugen. v. Hofmann-Wien.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

The Relation of bacillus coli communis to other organisme in the urine. Von Maxwell and Clarke. (Brit. Med. Journ. 29. Nov. 1899.)

Wenn die beiden Autoren es auch keineswegs bezweifeln, dafs das Bacterium coli unter Umständen der direkte Erreger von Cystitis sein kann, so sind sie doch der Meinung, dafs dies ein verhältnismäfsig seltenes Vorkommnis sei und dafs das Bacterium coli erst sekundär die eigentlichen Cystitiserreger verdränge. Infolgedessen wird man, je nach dem Stadium, in welchem man untersucht, Bacterium coli oder andere Bakterien oder beide gemischt im Urine finden. Die Autoren sind zu dieser Ansicht auf Grund von genauen, sehr oft wiederholten bakteriologischen Urinuntersuchungen bei 8 Cystitiskranken gelangt. v. Hofmann-Wien.

Report of a case of foxtail infection. Von Chamberlain. Trans. Wyoming State Med. Soc. May and Nov., pg. 58, 1898. (Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas, 1899, pg. 894.)

Es handelt sich um einen Fall, welcher Grashalme mit Samen in die Harnröhre eingeführt hatte. Die Fremdkörper waren in die Blase gerutscht und verursachten dort sowie an verschiedenen Stellen des Urogenitalsystems Eiterung. Barlow-München.

Oberflächlicher Einrifs der Blasenschleimhaut während einer Ausspülung der Urethra mit Kalium permanganicum. Von Sarraute (ebenda). S. berichtet über einen solchen Einrifs, den zweiten auf dieser Klinik, der schon nach 5 Tagen heilte. Symptome waren Tenesmus und Bluthamen. Federer-Teplitz.

Chronic Hypertrophy and Dilatation of the Bladder simulating an Ovarian Cyst. Death from Uraemia. Von J. Oliver. (Brit. Med. Journ. 4. Nov. 1899.)

Eine 55jährige Frau bemerkte seit 8—9 Monaten Anschwellen des Bauches. Bei der Untersuchung fand sich eine bis zum Proc. xiphoid. reichende, kugelige, undeutlich fluktuierende Schwellung. Tympanitischer Schall in den Flanken. Die Schwellung ist auch per vaginam tastbar. Es wurde die Diagnose auf Ovarialcyste gestellt. Als man vor der Operation die Blase katheterisiert, entleerten sich 10 Pinten (5,68 Liter) Urin. Die Pat. wurde von urämischen Krämpfen befallen und starb 6 Stunden später. Bei der Sektion fand sich eine sehr stark ausgedehnte, hypertropische, chronisch entzündete Blase mit einer sackförmigen Ausbuchtung zwischen Orific. int. und Trigonum. Zugleich bestand beiderseitige Hydronephrosis und Dilatation der Ureteren. Das Orific. ext. urethrae war hinaufgezogen und von harten, fibrösen Massen eingeschlossen, die Harnröhrenschleimhaut chronisch entzündet. v. Hofmann-Wien.

Über Epicystotomie. Von T. Wickerhauser. (Liečnički riestnik 99, Nr. 4.)

Verf. berichtet über cirka 100 Epicystotomien und seine anbei ge-

sammelten Erfahrungen; er führte die Operation teils in Narkose, teils mit Schlich'scher Anästhesie aus. Um Phlegmonen des Beckenbindegewebes zu umgehen, wird vor Eröffnung der Blase der prävesicale Raum gut mit Jodoformgaze tamponiert. Bei der Blasennaht legt Verf. von der unteren Wundecke beginnend, erst alle Nähte und knüpft sie zum Schlufs. Durch Anfüllen der Blase überzeugt er sich dann von der Dichtigkeit der Naht und entfernt alsdann die Tamponade des prävesikalen Raumes, die er durch leichte Jodoformgazedrainage ersetzte. Nach der Operation wird ein Dauerkatheter eingelegt, bei jungen Individuen bleibt derselbe oft überflüssig, wenn man dieselben veranlafst, zweistündig zu urinieren. Bei starker Quetschung der Blasenwundränder (schwierige Steinextraktion) mufs, nachdem die Blasenwunde soviel als möglich verkleinert worden und die Umgebung mit Jodoformgaze tamponiert worden ist, ein Verweilkatheter durch Urethra oder durch die Bauchwunde ein Nelatonkatheter oder Dittel'sches Drainrohr in die Blase gelegt werden. Als unglückliche Zufälle erwähnt Verf. die Perforation der Blasenwand bei fest kontrahierter oder maladischer Blase durch die Leitsonde. Verletzungen des Peritoneums müssen sofort genäht werden. Blutungen aus der Blase und Verletzungen der Schleimhaut bei Steinextraktionen erfordern mäfsig feste Tamponade. Blasenblutungen in der Nachbehandlung verlangen unter Umständen Wiedereröffnung der Blase und Tamponade. Die Drainage des prävesikalen Raumes wird, sobald der ganze Raum granuliert, allmählich gelüftet. Urinfisteln beseitigt man gewöhnlich durch Einlegen von Dauerkathetern in die Urethra oder Auskratzen eventuell Excidierung der Fisteln.

W. ist ein absoluter Anhänger der Sectio alta und sieht die Operation als ungefährlich an. Nach seiner Ansicht darf man heute die Blase öfters öffnen, um sie zu drainieren oder zur Sicherstellung der Diagnose.

Thümmel-Leipzig.

Vesical Calculus: Rupture of bladder: Suprapubic Lithotomy: Recovery. Von E. Neve. (Brit. Med. Journ. 2. Dec. 1899.)

50jähriger Mann, der seit 6 Jahren Steinsymptome zeigte. Es wurden behufs Vornahme der Lithotripsie 4 Spritzen Borlösung in die Blase injiciert. Bei Injektion der dritten Spritze fühlte man plötzlich das Aufhören des bisher heftigen Widerstandes, was N. der eben eingetretenen tiefen Narkose zuschrieb. Die Steinzertrümmerung ging ohne Anstand vor sich, bei Einführung des Evakuationskatheters aber konnte man nur wenige Centim. Flüssigkeit entleeren. Es wurde deshalb eine Blasenruptur angenommen und eine Incision oberhalb der Symphyse gemacht, die Blase eröffnet und der Stein resp. seine Trümmer entfernt. Bei genauerer Untersuchung fand sich ein extraperitonealer Rifs hinter dem Fundus. Drainage der Blase. Heilung.

v. Hofmann-Wien.

Three cases of ureteral calculi impacted in the lower end of the ureter and removed by suprapubic cystotomy. Von Rishop. (Edinburgh, Med. Journ., July 99.)

1. Fall: 13jähriger Knabe. Mit Steinsonde konnte ein Stein in der

Blase gefühlt werden. Nach Blasenöffnung zeigte sich, dafs derselbe in der Uretermündung fest safs und von dort aus mit dem Finger und einem Volkmann'schen Löffel herausgeholt werden konnte. Heilung in zwei Monaten.

2. Fall: 35jährige Frau. Durch Rektaluntersuchung konnte der Stein am unteren Ende des Ureter gefühlt werden. Mittelst hohen Blasenschnittes war die Blase geöffnet, der Ureter etwas aufgeschlitzt und der Stein entfernt. Tod in 48 Stunden infolge Anurie.

3. Fall: 7jähriger Knabe, dem bereits ein Blasenstein durch Cystotomie entfernt worden war. 8 Tage nach der Operation Nierenkolik. In der rechten Seite an der Blasenbasis per rectum ein Stein zu fühlen. Nach Eröffnung der Wunde fand sich der Stein im rechten Ureter. Nach seiner Entfernung lief aus einem Harnleiter reichlich Eiter aus. Die vor der Operation hoch gestiegene Temperatur fiel sofort.

Barlow-München.

Removal of multiple calculi from large narrow-necked sacculi connected with the male urinary bladder. Two cases. Von R. Harrison. (Medico-Chir. Trans. Vol. 82.)

Der erste Patient, 56 J. alt, litt zwei Jahre an Steinsymptomen. Urin eitrig ammonikalisch zersetzt. Beim Sondieren wurde ein Stein gefühlt und der Patient lithotripsiert. Da aber der gefundene Stein sehr klein war und die Symptome nicht erklärte, so wurde durch Perinealschnitt die Blase geöffnet und in einem länglichen Divertikel ein Stein gefunden. Drainage, Heilung mit Fistelbildung. Zwei Jahre später Versuch, die Fistel zu heilen. Öffnung der Blase über der Symphyse. Divertikal ebenso wie früher. Heilung der Bauchwunde ohne Änderung in der Fistel. Tod in zwei Jahren.

Zweiter Fall: Patient, 50 J. alt. Prostatahypertrophie mit Residualharn. Mehrere kleine Steine gingen beim Blasenspülen ab. Incisio suprapubica zeigte ein Divertikel, dessen Mündung unterhalb der Ureterenmündung lag. Derselbe enthielt eiterigen Urin und 5 Steine. Entfernung des Divertikels war nicht möglich. Barlow-München.

Excision of Epithelioma of bladder. Von R. Morison. (Brit. Med. Journ. 18. Nov. 1899.)

48jährige Frau. Seit 10 Wochen Hämaturie und Schmerzen oberhalb der Symphyse. Bei der Cystoskopie entdeckte man eine Geschwürsfläche, welcher bei der Vaginaluntersuchung ein derber Knoten an der vorderen Scheidenwand entsprach. Exstirpation des Tumors durch Kombination des hohen Blasenschnittes mit Laparotomie. Heilung.

v. Hofmann-Wien.

Suprapubic Cystotomy for Cancer of the Bladder. Von Mixter. (Massachusetts General Hospital Clinical Meeting of the Medical Board. Boston Med. and Surg. Journ. 20. April 1899.)

M. stellt einen Kranken vor, bei welchem er wegen maligner Erkrankung des Blasengrundes innerhalb eines Zeitraumes von 4 Jahren dreimal die Cystotomia suprapubica ausgeführt hatte. In den Zwischenzeiten fühlte

sich der Pat. wohl und konnte seiner Beschäftigung als Schiffskapitän nachgehen. Jetzt findet man beim Pat. einen cystischen Tumor an der linken Seite des Abdomens, welcher Blut und einige zellige Elemente enthielt. Ein lokales Recidiv in der Blase war nicht nachweisbar.

v. Hofmann-Wien.

4. Erkrankungen der Prostata.

Clinical notes upon the rectal contour and consistence of a thousand prostate glands. Von E. H. Fenwick. (Brit. med. journal 99, Februar 1899.)

Die seltenen Veranlassungen zur Prostatapalpation bei gesunder Drüse und anderseits der Wechsel in Gestalt und Form der Prostata bei verschiedenen Körperstellungen, in der Narkose, bei verschiedener Ausdehnung der Blase etc. erklären nach Verf. Ansicht die häufigen Meinungsverschiedenheiten über den Zustand der Prostata. Veranlafst durch die Wichtigkeit der Prostatauntersuchung, besonders in Bezug auf die Diagnose und Therapie der Urogenitaltuberkulose hat F. die Methode seit Jahren besonders auszubilden gesucht. Er nimmt die Untersuchung bei entleerter Blase und bei rechtwinkliger Vornüberbeugung des Pat. vor. Verf. hat beobachtet, dafs bei der Urogenitaltuberkulose in ca. 58% schon bei der ersten Digitaluntersuchung ein tuberkulöser Herd nachgewiesen werden kann, in 8% fand er die Oberfläche der Prostata von kleinhöckriger, schrotkornartiger Beschaffenheit, in 5% eine massive Induration der ganzen Prostata, in 12% einen unregelmäfsigen Knoten meist von Kirschkerngröfse in die Substanz des Lappens eingelagert. In Bezug auf die Therapie warnt F. vor jedem mechanischen Eingriff, gerade vor solchen Eingriffen soll die Untersuchung der Prostata schützen.

Thümmel-Leipzig.

Personal Experiences in Modern Operations for the Relief of Prostate Obstruction. Von Cabot. (Boston Med. and Surg. Journal. April 27. 1899.)

C. berichtet zunächst über 6 Fälle von Prostatahypertrophie, bei welchen er die Prostatektomie vorgenommen hat. Alle 6 erlangten das Vermögen wieder, den Urin vollständig zu entleeren, doch traten bei einem derselben nach ca. 6 Monaten wieder Recidiv auf, so dafs der Kranke zum Katheter seine Zuflucht nehmen mufste. 5 weitere Fälle wurden mittelst doppelseitiger Kastration behandelt. Die Resultase sind bei dieser Gruppe viel ungünstiger als bei der vorigen, doch liefs sich immerhin ein Erfolg insoweit nachweisen, als bei den Pat. mit unvollständiger Retention die Menge des Residualharnes abnahm. Eine einseitige Orchidektomie hatte nur eine vorübergehende Besserung zur Folge, insoweit als der Pat. ca. 50 cm Urin spontan entleeren konnte. In 4 Fällen wurde, da die Kastration erfolglos blieb, nachträglich die Prostatektomie vorgenommen. Auch hier waren die Resultate sehr günstig, denn 3 der Pat. erlangten das Vermögen wieder, den Urin spontan zu entleeren. Der 4. Patient, welcher

bereits an ausgesprochener Harnvergiftung litt, erlag dem Eingriff. Der Verf. kommt zum Schlusse, dafs die Prostatektomie in der Regel vorzuziehen ist, falls die Stenosenerscheinungen durch in die Blase vorragende Partien der Prostata bedingt sind. v. Hofmann-Wien.

Sclérose vésico-prostatique. Von Dr. Panaghis N. Divaris. (Annales des malad. des org. génito-urin. 1899, No. 9.)

Der 39 Jahre alte Patient litt an den Beschwerden einer chronischen Prostatitis, die auf Argentum- (2⁰/₀ Instillationen verschwanden. Im Anschlufs an eine Influenza-Pneumonie, die 2 Monate dauerte, stellten sich von neuem Beschwerden von seiten der Harnwege ein und zwar häufiger Urindrang besonders des Nachts, Nachtröpfeln und andauernde Erektion. Die Prostata fühlte sich hart und knotig an, die Nieren sind vergröfsert und druckempfindlich. Nachdem einige Zeit Retention bestanden hatte, tritt Inkontinenz ein und es werden in 24 Stunden 2800 g blutigen, trüben Urins entleert, welcher reichlich Colibacillen enthält. Unter starkem Fieber tritt 3 Monate später der Tod ein. Bei der Sektion wiegt die Prostata 156 g; auf dem Durchschnitt sieht man weifse, über die Oberfläche vorspringende harte Stellen von Linsengröfse. Augenscheinlich hat es sich hier um eine chronische Prostatitis in Verbindung mit Hypertrophie gehandelt, die infolge Influenza entstanden. In der Litteratur dürfte der Fall ohne gleichen sein. König-Wiesbaden.

Some structural varieties of the enlarged prostate relative to its treatment. Von R. Harrison. (Lancet 1899, 5. Aug.)

H. schreibt die häufigen Mifserfolge bei der Behandlung der Prostatahypertrophie der unterschiedlosen Anwendung einer Methode bei verschiedenen Formen der Hypertrophie zu. H. unterscheidet drei Arten von Prostatavergröfserung: Bei der ersten Form ist die Ursache der Hypertrophie eine kongestive Schwellung, bei der zweiten eine Wucherung des Binde- und Muskelgewebes, bei der dritten eine solche des Drüsengewebes. Die meisten Fälle sind einer Katheterbehandlung zugängig. Die Durchschneidung der Samenstränge lindert vor allem die Urinbeschwerden und setzt die Reizbarkeit der Blase herab. Bei fötidem Urin ist eine Drainage der Blase durch die Cystotomia suprapubica angezeigt. Dreysel-Leipzig.

Uniateral castration for prostatic enlargement in a man aged 87 years; atrophy of the prostate. Von H. Webber und H. Duffett. (Lancet 1899, 12. Aug.)

Der 87 jährige Prostatiker, der seit einigen Monaten an Urinbeschwerden litt, bot infolge Cystitis bedrohliche Erscheinungen dar. Linksseitige Kastration unter Lokalanästhesie; darnach sofortige, beträchtliche Besserung. Zwei Wochen später konnte ohne Schwierigkeit ein weicher Katheter eingeführt werden. Ein Monat nach der Operation war der linke Prostatalappen bereits vollständig atrophisch. Dreysel-Leipzig.

Bottinis Operation and other treatment of the enlarged prostate. Von R. Newman. (Med. News 1899, 23. Sept.)

Verf. bespricht zunächst kurz die akute und chronische Prostatitis,

sowie deren Behandlung, des weiteren die Diagnose der Prostatahypertrophie. Für die Beseitigung dieser Affektion nach Bottinis Methode hat N. einen eigenen Brenner konstruiert, der die Nachteile, die der Bottinische hat, vermeiden soll. Verf. beschreibt sein Instrument, sowie dessen Handhabung. Zum Schlufs wird noch kurz das Freudenbergsche Instrument besprochen.

Dreysel-Leipzig.

De la prostatotomie et de la prostatectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Von Pousson in Bordeaux. (La Presse Méd. Nr. 56, 15. Juli 1899.)

Die zur Vorsteherdrüsenverkleinerung der Greise vorgenommenen indirekten Operationen an Hoden, Samenstrang u. s. w. mindern die kongestiven Erscheinungen ohne die Harnbeschwerden zu beseitigen. Noch für lange Zeit wird der Chirurge von Fall zu Fall mit fortgesetztem Sondeneinführen, mit Cystotomie und Cystostomie, mit Prostatomie und Prostatektomie arbeiten müssen, nicht nur um das selbständige Urinieren zu erleichtern, sondern vor allem, um gründliche Blasenausspülungen ausführen zu können. Von 15 hohen Blaseneröffnungen verlor P. 3, eine Prostatomie mit nachfolgender Kauterisierung bot nur vorübergehenden Erfolg insofern, als der Pat. erneut zum Katheter greifen mufste; von 11 Prostatektomien 4 vollständige Erfolge hinsichtlich Urinbeschwerden; hinsichtlich Beseitigung des Blasenkatarrhs 7 vollständige Erfolge. — Tuffier hatte durch Prostatektomie bei einem jungen Manne vollständigen und dauernden Erfolg.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Prostatectomy. Von J. L. Pyle. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 1. Apr.)

P. beschreibt die von ihm geübte Methode der Prostatektomie, die er bisher an 5 Kranken mit gutem Erfolge ausgeführt hat. Die Hauptvorzüge der Operation sind geringer Chock und geringe Blutung, denn die gröfseren Blutgefäfse liegen aufserhalb des Operationsfeldes. Auch bei Blasensteinen und ernsteren Erkrankungen der Blasenschleimhaut ist die Methode empfehlenswert und zwar vor allem deshalb, weil sie eine ausgiebige Drainage der Blase gestattet.

Dreysel-Leipzig.

I. Suprapubic Prostatectomy: Third Lobe.

II. Suprapubic Lithotomy and Prostatectomy. Very Large Prostate.

III. Suprapubic Lithotomy and Prostatectomy for Prostatic Bar.

IV. Nephrolithectomy; Unusuelly Large Stone. Von Elliot. (Massachusetts General Hospital Clinical Meeting of the Medical Board. Boston Med. and Surg. Journ. 20 April 1899.)

I. 68 jähriger Mann, welcher seit 4 Jahren Katheterleben geführt hatte. In der letzten Zeit entleerte sich mit Blut und Eiter und schliefslich verursachte der Katheter Schüttelfröste. Keine Besserung in Spitalpflege. Die Operation wurde als Ultimum refugium vorgenommen. Die Prostata war sehr hart, so dafs Verdacht auf Carcinom rege wurde. Nach Eröffnung der

Blase zeigte sich ein mächtig entwickelter Lappen von $3^1/_2$ cm im Durchmesser, welcher abgetragen wurde. Der Pat. fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert und sein Befinden ist bis jetzt ein gutes.

II. Der Pat. kam mit Symptomen eines Blasensteines in Behandlung. Bei Eröffnung der Blase fand E. einen Stein von $6^1/_4$ cm im Durchmesser und eine sehr grofse Prostata. Die Urethra war durch die vergröfserte Prostata so in die Höhe gehoben, dafs das Orific. int. sich gerade hinter der Symphyse befand. Bei einer zweiten Operation entfernte E. die vorspringende Partie der Prostata, so dafs die Harnröhrenmündung freigemacht wurde. Nach dieser Operation war das Befinden des Pat. zunächst ein sehr schlechtes, aber plötzlich trat rapide Besserung ein und der Kranke konnte den Urin spontan entleeren. Auch jetzt nach 2—3 Monaten befindet sich der Pat. wohl.

III. 52 jähriger Mann, welcher Gonorrhoe überstanden hatte. Vor 3 Jahren und vor 5 Monaten akute Urinretention. Derselbe kam jetzt wieder wegen Harnverhaltung in Behandlung. Er war vorher von einem Spezialisten und anderen Ärzten untersucht worden, welche alle keinen Stein in der Blase entdecken konnten. Bei der Kystotomie fand man einen Stein von $6^1/_4$ cm im Durchmesser, welcher tief im Fundus so gelagert war, dafs sich die vergröfserte Prostata über ihn legte. Beim Einführen einer Sonde wurde der Prostatawall noch mehr über den Stein geschoben, so dafs es nicht möglich war, diesen nachzuweisen. Die Entfernung des vorspringenden Lappens gestaltete sich sehr blutig, gelang aber vollständig. Spontane Miktion stellte sich ein und und der Kranke befindet sich seither wohl.

Im Anschlufs an diese Krankengeschichte berichtet Warren über einen ähnlichen Fall, wo man bei der Operation zwei kleine Steine entdeckte und ein mittlerer Prostatalappen entfernt wurde.

IV. Ca. 13 g schwerer Stein, der Pyonephrose verursacht hatte, Nephrolithotomie. Der Pat. starb. v. Hofmann-Wien.

Sur un cas de résection de la prostate. Von E. Desnos. (La Presse Médicale Nr. 73, 13. Sept. 1899.)

D. nimmt mit Launois und Guyon an, dafs die Altershypertrophie der Prostata eine Teilerscheinung von Arteriosklerose ist, welche zugleich die Blase und die Nieren betrifft. An einem typischen Fall zeigt D. die Vorteile der Resektion des mittleren Lappens unter Ausführung des hohen Blasenschnittes. Die Notwendigkeit vor der Operation cystoskopisch zu untersuchen, wird betont. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Prostatectomy by combined suprapubic and perineal methods. Von Watson. (Bost. med. and surg. jour., 5. Mai 1898, S. 423.)

Die Operation wurde bei einem 57 jährigen Mann wegen starker Dysurie vorgenommen und zwar mit gutem Erfolg. Görl-Nürnberg.

Calcul de la prostate. Von Demoulier und Durand. (Soc. anat., Juli 1898. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1899, Nr. 3, S. 274.)

D. demonstriert einen Prostatastein von Erbsengröfse, den ein 75 jähr. Patient spontan entleerte, nachdem vorher schon die Diagnose gestellt worden war. Görl-Nürnberg.

Des calculs de la région prostatique. Von F. Guyon. (Annales des malad. des organes génito-urin. 1899, Nr. 1.)

Wirkliche Steine der Prostata sind selten. Man kann zwei Arten unterscheiden: 1. Intraglanduläre Steine und zwar solche, die ganz in der Drüse eingeschlossen sind und solche, die zwar zum gröfsten Teil in der Prostata selbst liegen, aber doch in die Harnröhre hineinragen. 2. Steine der Pars prostatica der Urethra. Eine Diagnose der Prostatasteine wird durch Rektal- und Sondenuntersuchung ermöglicht. Beschwerden fehlen meist ganz. Die operative Entfernung der Steine kann vom Hypogastrium und vom Perineum aus geschehen. Der letztere Weg ist in den meisten Fällen vorzuziehen. Dreysel-Leipzig.

Über primäre Prostatatuberkulose. Von Dr. Georg Kapsamer. (Wiener klinische Wochenschrift 1899, Nr. 42.)

Der Verfasser berichtet über drei gleichzeitig an der Albertschen Klinik in Wien beobachtete Fälle von primärer Prostatatuberkulose, von welchen der eine, ein 17jähriger Bursche, 13 Monate nach Beginn der Erkrankung an Allgemeintuberkulose starb (es wird ein genauer Sektionsbefund mitgeteilt), während die beiden anderen, ein 57 und ein 22jähriger Mann durch Instillationen mit der von Guyon empfohlenen Guajacollösung bedeutend gebessert wurde. von Hofmann-Wien.

Ein Fall von osteoplastischem Prostatacarcinom. Von Dr. E. Bamberger und Prof. Dr. Richard Paltauf. (Wiener klinische Wochenschrift 1899, Nr. 44.)

Es handelte sich um einen 52jährigen Mann. Die Erkrankung begann mit Abmagerung und Schmerzen im Rücken und den Beinen, sowie später in der Blasengegend. Die Prostata erwies sich als sehr hart und stark vergröfsert. Trotzdem traten Urinbeschwerden erst sehr spät auf. Zugleich anden sich starke Kyphose der Wirbelsäule und Auftreibungen verschiedener Knochen, insbesondere der linken Clavicula, des linken Femurs, so dafs schon während des Lebens die Diagnose: primäres Prostatacarcinom mit Knochenmetastasen mit grofser Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte. Die Obduktion bestätigte die Richtigkeit dieser Diagnose. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines bald mehr klein, bald grofs alveolären medullaren Carcinoms. von Hofmann-Wien.

5. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen und der Samengefäfse.

A case of Lymph-scrotum. Von J. Pederson. (New-York, Acad. of Med. 1. May 1899, pg. 415.)

Patient, 22. J. alt, Bäcker, hat vor vier Jahren doppelseitige ausgedehnte Bubonenoperation überstanden. Seither hat sich ein „Lymphscrotum“ eingestellt. Zur Zeit läuft aus kleinen Exkorinationen gelbliche lymphatische Flüssigkeit. Chylurie oder Hämatochylurie ist nicht nachzuweisen. Patient war nie in tropischen Gegenden. In der Diskussion wird das Entstehen des „Lymphscrotums“ auf die doppelseitige Bubonenoperation allgemein zurück-

geführt. Es wird empfohlen, doppelseitige Bubonen nicht allzu ausgiebig zu operieren, viel Fettgewebe übrig zu lassen und von einzelnen wird besonders betont, daſs man nicht zu früh versuchen solle, Vereinigung von Bubonenwunden durch Naht zu erzielen, sondern lieber die Wunde zugranulieren lassen soll, da derartige Fälle bessere Prognosen bezüglich Lymphstauung haben. Barlow-München.

Akute Orchoepididymitis bei Influenza hat Menko (Med. Wochbl. v. Nord en Zuidnederland 29. IV. 1899. Münch. med. Wchschr. 1899, 26) beobachtet; sie entstand bei einem nie geschlechtskranken Manne am 2. Tage der Influenza und ging nach 6 Wochen in Heilung über.
Goldberg (Köln)-Wildungen.

Les varicocèles et leur traitement. Von Th. Tuffier. (La Presse Médicale, Nr. 75, 20. Sept. 1899. [Mit 2 Zeichnungen].)

T. unterscheidet bei den Varicocelen 3 Gruppen:

a) Venenerweiterungen ohne Veränderung der Hodenumhüllungen;

b) „Orchidoptose“ — wenn die Erkrankung hauptsächlich den M. cremaster betrifft und der Plexus zwar verlängert, gestreckt, aber nicht gewunden, ohne Knötchen sich repräsentiert;

c) das Zusammentreffen beider pathologischer Verhältnisse.

T. betont, daſs die Untersuchung des Kranken nie auf die lokale beschränkt werden soll; daſs Deutlichkeit der erkrankten Partien und subjektive Beschwerden häufig nicht kongruent sind, daſs vor allen oft Neurastheniker an diesen Erkrankungsformen leiden.

Die Behandlung für Gruppe a: Isolierung des Vas deferens und der A. spermat. unterhalb des Ligament. Poupart. durch 3 cm langen Hautschnitt, doppelte Unterbindung und Resektion des venösen Bündels. Dauernde Heilung in 5 Tagen ohne ferneres Tragen eines Suspensoriums; für Gruppe b: Verkürzung des Skrotums nach Henry; Heilung in 5 Tagen ohne ferneres Tragen eines Suspensoriums; für Gruppe c: Resektion der Skrotalwand, Resektion der Venen.

Die hochgradig nervösen Kranken rät T. überhaupt nicht zu operieren.
Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Deux cas de calculs dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. Von Dr. Maurice Péraire. (Annales des mal. des org. génito-urin. 1899, Nr. 10.)

Im ersten Falle fand Verf. bei einem 35jähr. Tüncher, der sich vor 2 Jahren eine Hydrocele durch Fuſstritt zugezogen hatte, in dem Hydrocelensack gelegentlich der Vornahme der Radikaloperation einen freibeweglichen, etwa erbsengroſsen, weiſslichen Stein und daneben einen zweiten, wesentlich kleineren.

Der andere Patient litt angeblich erst seit 4 Tagen an einer Hydrocele, die nach schwerem Heben ganz plötzlich entstanden sein sollte. Nach Entleerung der gelblich gefärbten Flüssigkeit wird ein freier Stein kontrahiert, etwa von der Gröſse einer Linse.

Die Untersuchung der Steine ergab, daſs sie aus einem fibrinösen

Stützgerüst bestanden, welches mit phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Magnesia imprägniert ist.

Die vorliegende Beobachtung ist excessiv selten, wenigstens nach der geringen Zahl der Veröffentlichungen zu urteilen. Allerdings meint Reclus, dafs wegen der versteckten Lage der kleinen Gebilde diese häufig übersehen werden. König-Wiesbaden.

Interessanter Fall von Hodentumor. Von J. Israel.

Ein interessantes Präparat von einem Hodentumor zeigte J. Israel in der Berl. med. Gesellsch. vom 1. XI. 99 (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 47). Es handelte sich um ein alveolares Sarkom, dessen Zellen ziemlich eng aneinander gedrängt lagen und das von dem am inneren Leistenring zurückgebliebenen rechten Hoden ausgegangen war. In Vivo nahm die Geschwulst rechts die ganze Unterbauchgegend ein, erstreckte sich nach links vier Querfinger breit über die Mittellinie, nach oben bis zur Nabelhorizontalen, nach unten bis zu den Ligam. Poupartii. Das Peritoneum war bereits mit ihr verwachsen und mufste fast in ganzer Ausdehnung derselben mit entfernt werden. Damit nicht eine grofse, vom Peritoneum nicht bedeckte Wundfläche in der Bauchhöhle zurückblieb, die leicht zu Infektionen hätte Anlafs geben können, wurden die erhaltenen Reste des rückwärtigen Parietalperitoneums mit den Rändern des vorderen parietalen Bauchfellblattes vernäht, so dafs ein vollkommener Abschlufs der Peritonealhöhle herbeigeführt war. Paul Cohn-Berlin.

Sarcoma of the Epididymis, Removal. Von Russel und Wood. (Brit. Med. Journ. 28. Okt. 1899.)

Bei einem 15jährigen Knaben, der im Laufe von 4 Monaten beim Fufsballspiel dreimal einen Schlag auf den linken Hoden erhalten hatte, entwickelte sich innerhalb weniger Wochen ein derber, nur an seiner oberen Partie etwas weicherer Tumor von Mannsfaustgröfse, welcher sich bei der Operation als nicht vom Hoden, sondern vom Nebenhoden ausgehend erwies. Die Geschwulst wurde mitsamt dem Hoden entfernt und der Samenstrang möglichst hoch oben unterbunden Nach 6 Wochen mufste ein vom Samenstrangstumpfe ausgehendes Recidiv entfernt werden. 3 Monate nachher befand sich der Pat. noch vollständig wohl, ohne jedes Zeichen von Recidiv. Der Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Sarkom. v. Hofmann-Wien.

Un cas de thrombophlébite du cordon traité par la phlébectomie. Von L. Longuet. (La Presse Méd. Nr. 75, 20. Sept. 1899.)

Die Veranlassung zur Venenentzündung ist nach L.'s Ansicht immer durch Mikroorganismen verursacht; wie weit dem Gonococcus dabei Wert beizumessen ist, behält sich L. vor, noch zu entscheiden. Die Infektion erfolgt durch das umgebende Gewebe oder durch die Blutbahn.

Die Formen, unter denen die Erkrankung auftritt, sind die septische Venenentzündung — häufig nur als Sepsis diagnostizierbar; die pyämische Venenentzündung, meist unter stürmischen Erscheinungen; differentialdiagnostisch sind die verschiedenen Formen von Hoden- und Nebenhodenent-

zündungen, auch Einklemmung eines Bruches von Wichtigkeit. Die Venenthrombose, verhältnismäfsig leicht zu diagnostizieren, mufs hinsichtlich Entstehung Gonorrhoe, Tuberkulose, Syphilis berücksichtigen.

Behandlung: a) die Venenresektion (Quenu, Longuet); b) Venenöffnung und Ausschälung (Millet); c) die totale Kastration (Robineau). Sedlmayr-Strafsburg i. E.

6. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie. Von Dr. Watten in Lodz. (Centralblatt für Chirurgie. 1899, Nr. 38.)

W. beschreibt einen von ihm operierten Fall von Hypospadie der Glans in welchem die v. Hacker-Bardenheuersche Operationsmethode nicht ausführbar war; zur Anwendung derselben sind nämlich 2 Grundbedingungen nötig:

1. es darf keine zu tiefe Eichelrinne bestehen,
2. mufs sich das periphere Ende der Urethra auf eine entsprechend grofse Strecke mobilisieren, d. h. hervorziehen lassen.

In W.'s Falle handelte es sich um einen Lehrling mit Hypospadia glandis, welchem sein Meister eine bestehende Enuresis nocturna durch Unterbindung des Penis mit einem starken Faden radikal zu heilen versucht hatte. Am anderen Morgen vermochte man wegen eingetretener Schwellung den Faden nicht mehr zu lösen und liefs ihn einfach liegen, bis er von selbst abfiel.

Die Unterbindung war ungefähr in der Mitte des Pars pendula angelegt worden. Inzwischen hatte sich hinter dem Faden eine Öffnung gebildet, durch welche der Urin tropfenweise abflofs. Als 2 Monate später der Patient zur Operation gebracht wurde, fand Verf., dafs das periphere Ende der Urethra zentralwärts vollständig blind endete. An der Stelle, wo der Faden gelegen hatte, hatte sich um das Glied herum eine breite knorpelharte Verdickung mit tiefer Rinne in der Mitte gebildet. Die vorher erwähnte Öffnung von Stecknadelkopfgröfse führte in einen gewundenen Fistelgang. Auch Resektion eines 1½ cm langen Stücks der Urethra versuchte W. zur Herstellung einer neuen Harnröhre in der Eichel die Thiersche'sche Methode. Dies mifsglückte jedoch; deshalb nahm er einige Wochen später folgende Operation vor, die auch zu einem befriedigenden Resultate führte.

Vom Orificium externum urethrae ab führte er längst derselben einen möglichst weit zentralwärts reichenden Hautschnitt, dann trennte er mit zwei seitlichen Schnitten die Penishaut von der Eichel und präparierte sie nach der Peniswurzel zu ab. Hierauf bildete W. einen Schleimhautlappen aus der unteren Partie der Eichelsubstanz, von der Spitze der Eichel beginnend parallel zu ihrer unteren Fläche und trennte die Urethra samt ihrem corpus cavernosum von der unteren Fläche des Penis im Bereich des Hautschnittes ab. Die Eichelwunde in der Mitte vertiefte er durch einen Längsschnitt, legte den Schleimhautlappen der so gebildeten Rinne an und befestigte ihn

an der Eichelkuppe mit 2—3 Nähten. Alsdann wurde ein Nélatonkatheter eingeführt.

Zum Schlufs der Operation folgte die Schliefsung der Wunde durch Kopfnähte, wobei er das diostale Ende der ursprünglichen Urethra in dem Bereich der Eichelsubstanz zu legen erstrebt.

Zur Veranschaulichung der Operation sind 3 schematische instruktive Zeichnungen dem Texte beigefügt. Thümmel-Leipzig.

Cure of a bad paraphimosis by a simple method. Von Lewis. (North Amer. Med. Rev. 1899, Apr.)

Bei einer irreponiblen Paraphimose, die seit einigen Stunden bestand, wandte L. folgendes Verfahren an: Er legte um den Penis möglichst fest einen Verband und sättigte diesen mit einer Blei- und Opiumlösung. Über diesen kam eine Gummibinde. Am folgenden Tage war die Schwellung etwas vermindert und am nächsten soweit zurückgegangen, dafs die Reposition in der gewöhnlichen Weise erfolgen konnte.

Dreysel-Leipzig.

Report of a case of sclerotic narrowing of the meatus. Von Swinburne. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pg. 301.

S.s Patient war ein sehr kräftiger russischer Jude, 29 Jahr alt, welcher vor 6 Jahren einen Schanker mit eiternden Bubonen und vor 3 Jahren eine 2 Monate lang dauernde Gonorrhoe gehabt hatte. Die Verengerung des Harnröhreneingangs war sehr allmählich gekommen. Specielle Gründe für dieselbe liefsen sich nicht auffinden. S. durchschnitt unter Cocainanästhesie das ganze sklerotische Gewebe, welches sich ungefähr bis hinter die Eichel erstreckte. Unter regelmäfsiger Sondenbehandlung gelang es, die Urethra weit zu erhalten. 1 Jahr später stellte sich Pat. wieder vor, ohne dafs sich ein Recidiv gebildet hätte. Barlow-München.

Über die pathologische Bedeutung etlicher Entwicklungsanomalien der Harnröhre. Von H. Feleki. (Pester med. chirurg. Presse 98, Nr. 23—30.)

F. behandelt in seinem Aufsatz die angeborene Enge des Orificum extern. urethrae; ihre klinischen Symptome sind scharf zu trennen von denen der erworbenen Verengungen, es fehlen dabei die Sekretion, das Harnnachträufeln und die Inkontinenz. Die Ejakulation, die zwar auch tropfenweise erfolgt, ist jedoch nicht schmerzhaft, der Samen fliefst auch nicht zum Teil in die Vesica ab. Eine Ähnlichkeit zwischen beiden Erkrankungen besteht nur in den sekundären Blasenerkrankungen, die in Hypertrophie, Divertikelbildung und Blasenlähmung bestehen. Nach den Angaben F.s mufs man ein Orific. bei normaler Gröfse des Penis als zu eng ansehen, wenn Sonden unter 15 Charrière nicht einzudringen vermögen. Verf. fügt seinen Ausführungen 3 Krankengeschichten bei. Thümmel-Leipzig.

Weitere Mitteilungen über die Folgen der angeborenen Verengerungen der Harnwege. Von Englisch. (Allg. Wiener med. Zeitung 1899.)

Die vorliegende Abhandlung bildet einen Nachtrag zu einer vor etwa

einem Jahre erschienenen Arbeit des Verf.: Über die Bedeutung von angeborener Verengerung des Harnwege. E. hat seither wieder 5 einschlägige Fälle beobachtet, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Es sind demnach derartige Verengerungen nichts weniger als selten und insbesonders können oft geringgradige Verengerungen in Kombination mit anderen Veränderungen schwere Erscheinungen hervorrufen, welche aber durch eine passende Behandlung meist leicht und dauernd zu beseitigen sind. In den mitgeteilten 5 Fällen handelte es sich um Stenosen der äufseren Harnröhrenmündung, verbunden mit Veränderungen anderer Art.

v. Hofmann-Wien.

Hypospadia scrotalis, Lues, Gonorrhoe. Von Müller. Allg. Ärzte-Ver. Köln. (Münch. med. Wchschr. 1899, 30. Diskussion: Dreesmann, Mies.)

24jähr. Mann; Habitus männlich; Glied klein, sonst normal; vor der Harnröhrenöffnung Hodensack in 2 symmetrische Hälften gespalten, Genitalien fast normal; Rudimente eines Urethralkanals im Bereich des Penis fehlen. Miktion und Potentia coeundi ungestört; Beweis des letzteren die Infektionen.

Dreesmann hat eine 20jähr. Person gesehen, die als Weib galt, aber eher als Mann mit Hypospadia scrotalis, 5 cm langem Penis, Dystopia testium anzusehen war; der Fall entbehrt der Aufklärung; Habitus männlich.

Mies „entlarvte“ eine 66jähr. „Patientin“ mit Unterlippenkrebs als Mann mit Pseudohermaphroditismus masculinus externus, bezw. rudimentärem Penis und skrotaler Hypospadie. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Sinus occuroing in the site of a chancre. Von R. Guiteras. (New-York, Acad. of Med. 9. May 1899.)

G. beschreibt einen Fall von typischer Syphilis und Gonorrhoe. Der Primäraffekt zeigte eine Eigentümlichkeit, indem innerhalb des infiltrierten Gewebes sich ein Fistelgang befand, der bis fast an die Urethra heranreichte. Spaltung erzielte Heilung. Barlow-München.

The evils of the ritual practice of circumcision. Von A. Miller. (Med. Record 1899, 26. Aug.)

Verf. weist auf die Gefahren hin, die bei der rituellen Circumcision der Juden durch Blutungen und Infektion drohen. Er betont, dafs die Beschneidung ebenso wie die Vaccination keinesfalls Laien überlassen werden dürfe. Dreysel-Leipzig.

Tuberculosis penis infolge ritueller Ciscumcision. Von M. Dobrovits. (Pester med. chirurg. Presse 1869, Nr. 23.)

D. berichtet über 7 ihm bekannte Fälle, bei denen infolge des rituellen Aussaugens durch einen mit Tuberkulose behafteten Beschneider tuberkulöse Infektion der Präputialwunde stattgefunden hat.

Thümmel-Leipzig.

Tumor vesicae urinariae et Strictura callosa congenita (?) **praeputio balanourethralis.** Von Goldberg. (Münchener med. Wochenschrift 1899, Nr. 31.)

Der Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der nie geschlechtlich krank

gewesen, vor 26 Jahren wegen Phimosis operiert ist, wobei sich die Vorhaut ringsherum mit der Eichel verwachsen gezeigt hat und der Anfang der Harnröhre sehr eng war; er hatte mehrfach, in mehrjährigen Zwischenräumen, Hämaturien von kurzer Dauer ohne Koliken und Griesabgang; der Urin war zuweilen trübe. Gelegentlich einer neuen Hämaturie ergiebt die Untersuchung narbige Veränderungen an der Vorhaut und im Anfangsteil der Urethra bis auf $1-1^1/_2$ cm Entfernung, ebenso an der Eichel; die Öffnung der Harnröhre wird von einem feinen, runden Loch von 1—2 mm Durchmesser gebildet. Nachdem die Striktur mittelst eines schmalen Knopfmessers durchtrennt war, konnte durch das Cystoskop ein im Fundus der Blase sitzendes Papillom als Ursache der Blutungen ermittelt werden. —

Paul Cohn-Berlin.

Zur Kasuistik des phagadänischen Schankers. Von Julliers (ebenda).

J. beobachtete 8 Fälle von Phagadänismus bei Ulcus durum, bei denen Verdacht auf Malaria vorhanden war. Auf dem Boden der Malaria hat sich nach Julliers Meinung der Phagadänismus entwickelt.

Bei einem dieser Fälle entstand bald nach Heilung des Ulcus, dem sekundäre Erscheinungen folgten, auf der Corona glandis eine neue Verhärtung, die rasch brandig zerfiel und einen grossen Substanzverlust erzeugt. Zur selben Zeit verwandelte sich auch eine kleine Verletzung am rechten Unterschenkel in ein grosses phagadänisches Geschwür. Die Krankheit dauerte $^3/_4$ Jahre. Erst eine Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd brachte dauernde Heilung. Federer-Teplitz.

Treatment of soft chancre by means of Steam. Von Manfawosky. Vratch, pg. 329, 1899. (Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pg. 347.)

In 89 Fällen von Schanker, von denen 20 mit Bubonen kompliziert waren, wurde Dampfbehandlung mit Shegirers Dampfapparat eingeleitet. Der Apparat wurde 4—8 ccm vom Geschwür gestellt und Dampf von 50 bis 60° C 3—10 Min. zur Einwirkung gebracht. Das umgebende gesunde Gewebe wurde durch Gaze geschützt. Nach 3—4 Sitzungen änderte sich der Charakter des Geschwürsgrundes und in 10—15 Sitzungen wurde durchschnittlich komplette Heilung erzielt. Barlow-München.

Remarks on the treatment of impermeable stricture of the urethra by excision of the strictured segment and suture of the divided ends. Von E. Deanesly. (British Med. Journ. 1899, 29. Juli.)

D. bespricht zunächst kurz die verschiedenen zur Heilung von impermeablen Strikturen angegebenen Operationen. Nach seiner Ansicht ist die totale Exstirpation der Verengerung mit folgender Vernähung allen anderen Methoden vorzuziehen. D. hat sie bei einem 52jährigen Manne mit einer Striktur in der Pars bulbosa mit sehr gutem Erfolge angewandt. Ein Jahr nach der Operation war das Kaliber der Harnröhre an der betreffenden Stelle noch ein völlig normales, obgleich eine nachträgliche Dilatation nicht

zur Anwendung gekommen war. Nicht brauchbar ist die Methode in Fällen, bei denen die Ausdehnung der strikturierten Stelle zwei Zoll überschreitet.

Dreysel-Leipzig.

Über Urethrotomia interna bei Behandlung von Harnröhrenstrikturen. Von Dr. G. Nicolich. (Wiener med. Presse. 1899, Nr. 50.)

N. berichtet über 230 von ihm ausgeführte Urethrotomien und ist der Ansicht, dafs die Angst von Hämorrhagien, Urininfiltration und Pyämie bei derartigen Operationen eine unberechtigte sei. Überhaupt hat der Verf. fast niemals alarmierende Symptome nach inneren Urethrotomien gesehen. Von den auf diese Weise Operierten starb nur einer, während bei 73 mittelst gradueller Dilatation behandelten Kranken zwei Todesfälle sich ereigneten. N. führt im allgemeinen die Urethrotomie int. nach Guyons Vorschriften aus und zwar bedient er sich entweder des Maisonnenuveschen Urethrotoms, oder der Béniqués tranchants nach Guyon oder er verwendet nach seiner Angabe von Collin in Paris angefertigte zweischneidige Réniqués. Der Verf. kommt zum Schlusse, „dafs die Urethrotomie int. von allen Behandlungsweisen der Strikturen diejenige ist, welche der Mehrzahl der Fälle am besten entspricht, sei es wegen der Schnelligkeit der durch sie erzielten Effekte, sei es wegen der Kürze der Nachbehandlung oder ihrer Harmlosigkeit.

v. Hofmann-Wien.

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier. Von Bordier-Lyon. (La Presse Médicale Nr. 74, 16. Sept. 1899.)

Der Autor warnt vor linearen elektrolytischen Eingriffen bei Narben in der Harnröhre; die Wirkung mufs mit einem cylindrischen Instrument erzielt werden; die von Tripier und Mallez ausgeführte, jedoch von Newman erfundene Methode verdient vor allem den Vorzug. B. arbeitet mit eigenen vervollkommneten Instrumenten, läfst den Strom etwa 10 Minuten wirken, und ergänzt die Wirkung durch erneutes Einführen eines Instrumentes und die Applikation des Stromes während 5 Minuten. Es bleibt keine Spur von Narbe zurück. Bei Frauen wird dieselbe Methode empfohlen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Resection of the urethra. Von Tuttle. (New-York acad. of med. Sect. on gen.-ur. surg. march 14, 1899.)

Nach einer Gonorrhoe vor 15 Jahren hatte sich eine bedeutende Striktur bei T.s Pat. eingestellt, so dafs nicht einmal mehr ein filiformes Bougie durchging. Das sklerosierte Gewebe in einer Länge von 3 cm wurde reseziert. Die Vereinigung erfolgte glatt. Eine vorhergegangene externe Urethrotomie hatte keinen Nutzen gebracht.

Barlow-München.

Die Bakterien der gesunden weiblichen Harnröhre. Von L. Austerlitz. (Prager med. Wochenschr. 1899, No. 17.)

Die mit den nötigen Vorsichtsmafsregeln ausgeführten Untersuchungen A.'s erstrecken sich auf 60 Frauen, die nie an einer Erkrankung der Harn-

und Sexualorgane gelitten hatten. Bei 30 Fällen blieben die mit dem Harnröhrenschleim beschickten Nährböden steril, die Urethra war bei diesen also bakterienfrei. Bei den übrigen Fällen fanden sich aërobe und anaërobe Bakterien, die identisch waren mit denen, die Menge im Vestibulum vaginae gefunden hat. Keiner dieser Mikroorganismen war pathogen.

Dreysel-Leipzig.

Über den Bakteriengehalt der normalen Urethra des Weibes. Von F. Schenk. (Prag med. Wochenschr. 1899, Nr. 17.) Verf. fand, dafs die normale Urethra in mehr als der Hälfte aller Fälle keimfrei sei. Die sonst vorhandenen Keime sind verschiedene Saprophyten, die aus dem Vestibulum urethrae in die Harnröhre gelangt sind. Pathogene Mikrobien sind in den letzten Fällen zu finden. Andere Beobachter wie Rovsing und Savors haben entgegengesetzte Resultate erhalten. Federer-Teplitz.

Recherches bactériologiques sur les suppurations périurétrales. Von J. Cottet. (Thèse de Paris 1899)

C. hat 15 Fälle von periurethraler Eiterung bakteriologisch untersucht und dabei 11 mal anaërobe und 4 mal aërobe Bakterien gefunden. Anaërobe Mikroorganismen fanden sich überall da, wo der Eiter eine fötide Beschaffenheit hatte. Die Schlufsfolgerungen C.'s lauten folgendermafsen:

1. Urininfiltrationen und Urinabscesse müssen als periurethrale Phlegmonen angesehen werden, deren gangränöser und putrider Charakter von ganz bestimmten und speciell anaëroben Bakterien hervorgerufen wird.

2. Die hier in Betracht kommenden Mikroorganismen können auch auf dem Wege der Blutbahn Metastasen erzeugen.

Dreysel-Leipzig.

A simplified urethroscope. Von Valentine. New York acad. of med. Sect. on gen.-ur. surg. march 14, 1899. (Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pg. 381.)

Valentine demonstriert ein vereinfachtes Urethroskop. Details müssen im Original eingesehen werden. Barlow-München.

Über Urethroskopie. Von Kisch. (Ungar. dermatolog. und urologische Gesellschaft in Budapest, Sitzung vom 29. März 1899.)

Kisch bespricht die Vor- und Nachteile der im Gebrauch stehenden Urethroskope und sagt zum Schlufs, dafs sowohl in Bezug auf Lichtintensität, wie auch Gleichmäfsigkeit der Beleuchtung dem Nitze-Oberländerschen Instrumente kein Urethroskop gleichzustellen ist.

Federer-Teplitz.

Observations in the sterilization of catheters and bougies. Von J. H. Nicoll. (Annals of Surgery 1899, Juni.)

Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen ist N. bezüglich der Kathetersterilisation zu folgenden Resultaten gekommen: Bei Bougies genügt sorgfältiges Abwaschen und Abreiben mit steriler Gaze zur Entfernung der Mikroorganismen; antiseptische Lösungen sind nicht nötig. Elastische und feste Bougies mit beschädigter Oberfläche müssen unter allen Umständen

vom Gebrauche ausgeschlossen werden. Bei den Kathetern liegt die Sache nicht so einfach. Jedenfalls steht aber fest, dafs Metall- und, zum Teil wenigstens, auch weiche Katheter durch Hitze und antiseptische Lösungen ohne Schaden zu nehmen, sicher keimfrei gemacht werden können. Bei septischem Urin sollte der Katheter nach dem Gebrauche vernichtet werden.

Dreysel-Leipzig.

De la fabrication des catheters souples. Von A. Corné, Professor der Chirurgie in Rouen. (La Presse Méd. Nr. 59, 26. Juli 1899.)

Corné motiviert seine Veröffentlichung: Wenige Ärzte wüfsten die Art der Zusammensetzung und Verfertigung der weichen Katheter und doch würde das Wohl des Kranken oft nicht weniger von dem richtig verordneten Katheter wie von dem richtig verordneten Medikament abhängen.

Verf. verdankt seine genauen Informationen der gröfsten Fabrik in Paris und spricht sein Bedauern aus, dieselbe nicht nennen zu können. Die Jahresproduktion dieses Hauses ist im Vergleich zu den übrigen Produzenten folgende:

	Sogen. Gummi- bezw. elastische Katheter u. Bougies	Kautschukkatheter etc. (sogen. Nélatons)
Haus X	350.000	150.000
Die andern französischen u. englischen Häuser	300.000	150.000

1. Die sogenannten Gummikatheter bezw. Bougies, besser die elastischen benannt, werden über einen eisernen Mandrin aus feinster Wolle verfertigt; Gummi kommt jetzt gar nicht mehr zur Verwendung, sondern reines Leinöl mit Bleiglätte. 50 bis 60 mal macht das Instrument den ersten Prozefs durch, ebenso oft den Trocknungsprozefs, dann 5 bis 8 mal Polierungen. In den kleinsten Kalibern wird die Wolle durch Crin de Florence ersetzt.

Der so sorgfältig zubereitete unerreichte französische Katheter erscheint ein wenig hart, wird aber schon durch die Wärme der Hand geschmeidig. Er behält seine Politur und bleibt lange brauchbar, nur verträgt er nicht das Liegenlassen in der Blase; er kann ausgekocht werden, wird aber besser durch Dampf sterilisiert, nur mufs er, noch heifs, keine Biegung erfahren. Liegenlassen in antiseptischen Lösungen, auch in Alkohol oder Karbolsäure, ist ihm schädlich. Formol scheint am zuträglichsten zu sein.

Verf. warnt vor dem härteren, zerbrechlicheren und billigeren englischen Katheter; auch Thompson hat unumwunden jetzt dem französischen Fabrikat den Vorzug gegeben.

Ein ganz vorzügliches französisches Fabrikat, dreimal teurer, bezeichnet auch Corné als Luxusfabrikat, „nur für die Harnröhren von Millionären“. Verbesserungsfähig erachtet Verf. den französischen Katheter nur hinsichtlich seiner Verwendung zum Liegenlassen in der Blase.

2. Kautschukkatheter. Ihre Dauerhaftigkeit ist eine ihrer vorzüglichsten Eigenschaften; der dünnste Katheter ist der von Pezzer. Er besteht aus nichtvulkanisiertem Kautschuk; die Zubereitung ist eine wesentlich

einfachere, wie die des elastischen Katheters. Von den sogen. Nélatonkathetern, deren centrales Ende jenseits des Auges keinen Hohlraum bietet, rät Cerné ab und der Fabrikant bezeichnet sie geradezu als gefährlich. Die Reinigung geschieht am besten durch Auskochen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Einige seltene Konkretionen der menschlichen Harnwege. Von Zuckerkandl. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 1.)

1. $3^{1}/_{2}$ jähriger Knabe. Über bohnengrofser Phosphatstein der Pars membranacea. Entfernung desselben durch Urethrotomie externa. Heilung.

2. 55 jähriger Mann. 28 mm langes und 12 mm breites, in den kortikalen Schichten aus Kalkphosphat bestehendes Konkrement in der hinteren Harnröhre. Dasselbe wurde behufs späterer Zertrümmerung mit einer französischen Bougie in die Blase gestofsen, doch entleerte der Kranke nach einigen Tagen den Stein spontan.

3. 16 jähriger Knabe. Bohnengrofses, in den Rindenschichten aus kohlensaurem Kalk bestehendes Konkrement in der Pars membranacea. Urethrotomie ext. Heilung.

4. 63 jähriger Mann mit seit 20 Jahren bestehender Phimose. Im geschwellten Vorhautsacke 3 taubeneigrofse phosphatische Konkremente. Entfernung derselben nach Spaltung der Vorhaut.

5. 55 jährige Frau mit linksseitigem, hantelförmigem Harnleiterblasenstein, welcher sonst kystoskopisch als radiographisch nachweisbar war. Entfernung desselben nach Incision der vorderen Vaginalwand.

v. Hofmann-Wien.

Leichte Epitheliomatose des Penis. Allgemeinerkrankung. Von Sarraute. (Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1889, Heft 7—8.)

Ein 35jähriger Mensch mit angeborener Phimose erkrankt mit Vereiterung der beiderseitigen Leistendrüsen mit gleichzeitigem Kräfteverfall. Bei Operation der Phimose zeigte sich, dafs die ganze Glans mit einer epitheliomatösen Masse bedeckt war. Federer-Teplitz.

Leucokératose du gland. Von Le Dentu. (La Presse Méd. Nr. 81, 11. Okt. 1899.)

Die Veröffentlichung eines Falles von Auché und Pineau über das gleichzeitige Auftreten von Leukokeratose der Eichel und Epitheliom der Vorhaut giebt Le Dentu Veranlassung auf 2 früher von Perrin veröffentlichte Fälle hinzuweisen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Zur Kasuistik der primären Harnröhrenkarcinome des Weibes. Von J. Schramm. (Archiv f. Gynäkol. 1899, III.)

Es handelte sich um eine 56jährige, bisher stets gesunde Frau, welche viermal schwanger gewesen war, aber jedesmal im vierten Monat abortiert hatte. Seit 2 Jahren bemerkte sie eine erbsengrosse Geschwulst an der Harnröhrenmündung, welche sich langsam vergröfserte. Später traten Harnbeschwerden und schliefslich Incontinentia urinae ein, welch letzterer Um-

stand die Kranke veranlafste, das Spital aufzusuchen. Bei der Operation wurde der Tumor im Gesunden excidiert, wobei die Harnröhre quer durchschnitten werden mufste. Nach Umsäumung der Harnröhrenschleimhaut wurde die Wundfläche mit dem Thermokauter energisch verschorft und ein Dauerkatheter eingelegt. Exstirpation der linksseitigen infiltrierten Leistendrüsen. Mit Ausnahme eines Decubitusgeschwüres am Kreuzbein ging die Heilung glatt von statten und die Pat. konnte nach vier Wochen mit wiederhergestellter Kontinenz die Klinik verlassen. Leider war die Heilung keine dauernde, denn die Kranke erschien nach $1^1/_2$ Jahren wieder mit einem lokalen Recidiv, welches fast gröfser war als das seinerzeit operierte. Merkwürdigerweise war trotz der Gröfse der Geschwulst die Kontinenz noch erhalten. Der Recidivtumor wurde energisch mit dem Thermokauter verschorft und die Pat. gebessert entlassen. Über ihr weiteres Schicksal konnte nichts mehr in Erfahrung gebracht werden.

von Hofmann-Wien.

7. Gonorrhoe.

Report of cases showing unusual situations for the lodgment of the gonococcus. Von G. Swinburne. (Journ. of cut. and gen.-ur diseas. 1899, pag. 453.)

Swinburne beschreibt 2 Fälle, in denen eine primäre Infektion paraurethraler Follikel erfolgte, ehe die Harnröhren von Gonorrhoe befallen wurden. Der 3. Fall betrifft die Infektion eines Follikels im Präputium. Im 4. beschreibt er einen befallenen Follikel in der Gegend des Frenulums, welcher den Eindruck eines Schankers erweckte. Der betr. Patient hatte vor zwei Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht, welche 9 Monate gedauert hatte. Seit 3 Wochen bemerkte er an einer Seite des Frenulum einen kleinen Knoten, welcher eine Fistelöffnung zeigte. Der aus dieser Öffnung ausdrückbare Eiter enthielt Gonokokken. Aufserdem bestand ein leichter Ausflufs aus der Harnröhre, den Patient selbst bis dahin noch gar nicht gemerkt hatte. Injektionen mit 5prozentigem Protargol in den Follikel hatten vollständige Heilung zur Folge. Die Harnröhreneiterung wich Manganirrigationen und Protargolinjektionen. Barlow-München.

Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe. Von Dr. Hugo Feleki. (Wiener klinische Rundschau. 1899. Nr. 44. 45. 46. 47.) In dieser höchst interessanten und lesenswerten Arbeit berichtet F. über seine Erfahrungen mit der Anwendung der antiparasitären Mittel und Heilmethoden bei Gonorrhoe. Der Untersuchungsgang war folgender: Zunächst wurde das betreffende Mittel oder Heilverfahren untersucht, ob es nicht besonders schädlich oder unangenehm für den Kranken sei, so dass es besser wäre, von seiner Anwendung ganz abzusehen. Hierauf wurde die baktericide Wirkung des Medikamentes geprüft und schliefslich genau kontrolliert, inwiefern das Mittel den Krankheitsprozefs beeinflusse. Die wahren Antigonorrhoica sollen nach F. vor allem folgende zwei Be-

dingungen erfüllen: Erstens sollen sie die Ausbreitung des gonorrhoischen Krankheitsprozesses auf die hintere Harnröhre verhindern und zweitens, falls dies etwa schon eingetreten ist, den Komplikationen thunlichst Einhalt gebieten. Im Gegensatz zur Neisserschen Schule stellt sich der Verfasser auf den Standpunkt, dafs nicht die Vernichtung des Gonococcus unter allen Umständen die allererste Aufgabe sei, da durch die zu diesem Zwecke verwendeten antiparasitären Mittel der Entzündungsprozefs leicht gesteigert werden kann und die Gefahr der Verbreitung der Krankheit nach rückwärts eine grofse ist. Largin, Protargol, Argonin vermögen bei geringer Irritation eine antiparasitäre Wirkung auszuüben, doch nur in den allerersten Tagen der Erkrankung. Später erscheint dieser Effekt zweifelhaft und man wird dann besser zu schwachen Adstringentien greifen, resp. dieselben mit den Antiparasiticis kombinieren. Bei chronischer Gonorrhoe nützen die Antiparasitica gar nichts und man mufs nach wie vor die lokale Behandlung dieses Leidens unter Kontrolle des Endoskopes vornehmen (Pinselungen oder Instillationen mit salpetersaurem Silber etc., mechanische Therapie, insbesonders Dehnungen nach Oberländer). Über das Janetsche Verfahren spricht sich F. folgendermafsen aus: In den ersten Tagen einer Urethritis ant. kann man derartige Spülungen oft mit günstigem Erfolge machen, falls noch keine stärkeren Entzündungserscheinungen bestehen, in welch letzterem Falle vor der Anwendung des Janetschen Verfahrens zu warnen ist. Ferner ist der Verfasser mit Recht ein Gegner der von vielen verfochtenen Ansicht, dafs man auch bei blofser Urethritis ant. Präventivspülungen der hinteren Harnröhre vornehmen solle. Ebenso sind bei akuter Utrethritis post. Spülungen nicht angezeigt. F. weifst auch darauf hin, dafs man bei jenen Fällen des Trippers, welche man durch das Janetsche Verfahren in sehr kurzer Zeit heilt, auch durch andere Mittel, z. B. durch salpetersaures Silber gute Resultate erzielen kann. Wenig oder gar keinen Erfolg hat F. vom Janetschen Verfahren bei subakuten oder chronischen Urethritiden gesehen und warnt daher davor, durch Irrigationen von zweifelhaftem Werte den Zeitpunkt für ein geeignetes Verfahren aufzuschieben. „Die Einführung der bezeichneten Mittel und Verfahren in die Therapie des Trippers mufs als ein zweifelloser Gewinn angesehen werden, doch kann keines derselben als ein souveränes Antigonorrhoicum betrachtet werden.“ Zum Schlusse warnt F. noch energisch vor jeder Schematisierung in der Tripperbehandlung, wie sie heutzutage leider häufig geübt wird. von Hofmann-Wien.

Erfahrungen über Protargol in der Blennorrhoetherapie. Von Berg. (Therap. Monatsh. 1899. Heft 5.) Das Urteil des Verf. ist ein vernichtendes. Protargol macht subjektive Beschwerden, was andere ebensogute Medikamente nicht thun. Es ist unbequem zu handhaben, giebt Anlass zur Urethritis posterior, kürzt den Krankheitsverlauf nicht ab, ist bei chron. Zustand unwirksam. Federer-Tepliz.

Gonorrhoe und Ehekonsens. Von Neifser. (Münch. med. Wchschr. 1899, 36.)

N. wendet sich gegen die in d. Ztschr. Bd. IX, H. 12, S. 699 referierten

Ansichten Kromayers über die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung für die Erteilung der Heiratserlaubnis. K. hat bestimmte Fälle von Fehldiagnosen der Schüler Neifsers bei der Heiratserlaubnis nicht beibringen können. Wenn auch eine absolute, mathematische Sicherheit nicht erreicht werden kann, so ist praktisch die nach langer, sorgfältigster Behandlung und Untersuchung gewonnene Sicherheit über die Nichtinfektiosität ausreichend; lehnt der Arzt die Verantwortung ab, so wird das Unheil viel gröfser; denn dann werden die Pat. dahin kommen, den Arzt nicht mehr zu fragen, und weit öfter noch infektiös heiraten. Auch N. giebt nach Beseitigung der Infektiosität keineswegs stets die Weiterbehandlung preis; aber er hat Mifserfolge erlebt, dafs er bez. des Urteils über die beseitigte Infektiosität keine Mifserfolge erlebt, betont er nochmals. „Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse ist die Heiratserlaubnis nicht zu versagen, wenn mit und ohne Behandlung und auch trotz aller Behandlungen katarrhalische Erscheinungen zurückbleiben, vorausgesetzt nur, dafs Gonokokken trotz allen Suchens nicht auffindbar sind.“ K.'s Ansichten und deren Verbreitung im Publikum gefährden nach N. den durch die Einführung der Gonokokkenuntersuchungen bezw. Therapie und Prognose gewonnenen Fortschritt. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Gonorrhoe und Ehekonsens. Von Dr. Neuberger. (Wiener klinische Rundschau. 1899. Nr. 50.)

Der Verf. verteidigt in ziemlich ausführlicher Weise den Neifserschen Standpunkt, dafs man einem Gonorrhoiker die Ehe nicht versagen könne, wenn zahlreiche, aufs exakteste und unter Anwendung aller zu Gebote stehenden Methoden vorgenommenen Sekret- und Filamentenuntersuchungen die Abwesenheit von Gonokokken ergeben hätten.

v. Hoffmann-Wien.

Über die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten. Von Bettmann. (Münch. med. Wchschr. 1899, Nr. 38.)

Nachdem beim akuten Gelenkrheumatismus die äufserliche Anwendung der Salicylpräparate erfolgreich gewesen ist, hat B. diese Behandlung auch gegen die Epididymitis gonorrhoica auf Erbs Klinik versucht, aber ohne einen anderen Erfolg, als dafs die übrigens bettlägerigen Kranken ihre Schmerzen verloren. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Blennorrhoische Gelenkerkrankungen bei Kindern im Anschlufs an purulente Ophthalmie. Von Clemens Lucas. (Lancet, 28. Jan. 1899.) Verf. beobachtete 23 Fälle, von denen 18 die blennorrhoische Augenaffektion intra partum acquirierten, bei den 5 anderen handelte es sich um Kinder im Alter bis zu 7 Jahren. Die Gelenkaffektion trat gewöhnlich 2—3 Wochen nach Beginn der Augenaffektion auf. Am häufigsten waren linkes Knie und linkes Handgelenk ergriffen. Federer-Teplitz.

Blennorrhoische Neuritis. Von Allard. (Brit. med. Journ. 15. Okt. 1898.)

Verf. berichtet über einen Fall von multipler Neuritis, welche 15 Tage

nach Beginn einer schlecht behandelten Blennorrhoe auftrat. Das Hauptsymptom der Krankheit war steifer Gang, Unmöglichkeit der Dorsalflexion beider Füſse, Verlust der Kniereflexe, Entartungsreaktion und Tremor der Muskeln der Unterextremitäten, ausstrahlende Schmerzen im Verlaufe des Nervus cruralis. Die Erscheinungen besserten sich, nachdem die Blennorrhoe gewichen war. Federer-Teplitz.

6. Bücherbesprechungen.

Über die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Von Dr. E. Schreiber-Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1899. Besprochen von Ludwig Manasse-Berlin.

Über die Harnsäure sind im Laufe der Jahre so viele und so vielfach sich widersprechende Arbeiten erschienen, daſs es wohl der Mühe wert war, einmal zusammenfassend den gegenwärtigen Stand der Frage zu beleuchten. Dazu war die Ebstein'sche Schule, die sehr wesentlich an dem Ausbau der Pathologie der Harnsäure beteiligt ist, und aus der auch der Verf. hervorgegangen ist, in erster Linie berufen. In den ersten drei Kapiteln der vorliegenden Monographie werden die Chemie der Harnsäure, ihr Vorkommen und ihre Ausscheidung, ihre Bildung, im letzten die Pathologie der Harnsäure behandelt. „Der alles umfassende und verbindende Gedanke" fehlt, wie der Verf. in der Vorrede mit Recht bemerkt, auch heute noch in der Frage, immerhin ist es verdienstvoll, als Grundlage für weiteren Arbeiten die Resultate der bisherigen zusammenzufassen.

Die Prostitution. Ein Beitrag zur öffentlichen Sexualhygiene und zur staatlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten von Dr. C. Ströhmberg, Stadtarzt und Oberarzt des Stadthospitals in Jurjew (Dorpat). (Stuttgart, Verlag von Enke 1899.)

Das hochinteressante Werk ist jedem, der sich mit den einschlägigen Fragen zu befassen hat, zum Studium warm zu empfehlen.

Wie der Verf. die Prostitution als Gesamterscheinung betrachtet, als eine Degenerationserscheinung der Menschheit auffaſst, so beurteilt er die einzelne Prostituierte als degeneriertes Individuum und unterscheidet an ihnen aktive oder aggressive und indolente. Die Unterdrückung der Prostitution hält er für fruchtloses Bemühen und erachtet es als Pflicht des Staates den sanitären Gefahren, die der Bevölkerung drohen, vorzubeugen. Seine Vorschläge faſst er in den Rahmen des Fragebogens der Brüsseler Konferenz zusammen und bietet durch die Beantwortung dieser Fragen reiflich durchdachte Anregungen. Manche mögen diskutierbar erscheinen, doch der Verf. ist weit entfernt seine im Mai d. J. niedergeschriebenen Anschauungen als alleingültige hinzustellen, schlieſst vielmehr das Vorwort mit dem Satze:

„Die Brüsseler Konferenz wird mir ja Gelegenheit zu meiner Belehrung und zur Verteidigung gegen etwaige Angriffe bieten."

Sedlmayr-Straſsburg i. E.



Incisionskystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie unter Kontrolle des Auges.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. **H. Wossidlo**-Berlin.

Mit der galvonokaustischen Incision der hypertrophischen Prostata nach Bottini, deren Einführung in Deutschland das Verdienst Freudenbergs ist, ist, soweit man aus den bis jetzt veröffentlichten Fällen beurteilen kann, ein wesentlicher Fortschritt in dem Streben nach der Radikalheilung der Prostatahypertrophie gemacht worden. Trotz der in der Mehrzahl günstig verlaufenen Fälle und der relativen Einfachheit der Operationstechnik besonders mit dem verbesserten Freudenbergschen Instrumente haftet der Bottinischen Operation doch ein Mangel an, den wohl jeder, der dieselbe gemacht hat, empfunden haben wird. Das ist das Operieren im Dunkeln. In dem Bewufstsein, dafs ohne Kontrolle des Auges ein glühendes Messer in der Blase schneidet, kann man sich eines gewissen unheimlichen Gefühles während der Operation nicht erwehren und nur die bisher veröffentlichten guten Resultate lassen einem dasselbe überwinden. Dafs dieses Gefühl seine Berechtigung hat, ist auch dadurch erwiesen, dafs in einem Falle die Blasenwand durchgebrannt worden ist.

Es lag deshalb der Gedanke nahe, den Versuch zu machen, den Bottini-Incisor mit dem Kystoskope zu verbinden, um die Operation unter Kontrolle des Auges auszuführen. Der technischen Ausführung dieses Problemes boten sich mannigfache Schwierigkeiten dar, denn einmal konnte keines der bisherigen Operationskystoskope als Modell dienen, ferner war der

optische Apparat, der Incisor und die Wasserspülung in einem möglichst wenig umfangreichen Instrumente zu vereinigen und schliesslich war bei der ziemlich erheblichen Stromstärke von mindestens 40 Ampère, die nötig sind, um den Incisor weissglühend zu machen, die Isolation des Messers und seines Leitstabes eine schwierige.

Mit Hilfe des Mechanikers Herrn C. G. Heynemann in Leipzig ist es mir gelungen, diese Schwierigkeiten zu überwinden und das nebenan abgebildete Instrument herzustellen.

Das Incisionskystoskop, wie ich es der Kürze halber nach Analogie des Operationskystoskopes genannt habe, besteht aus einem Kystoskope, neben welchem der Bottinische Incisor läuft.

In einem weiblichen katheterförmig gebogenen Teile mit kurzem Schnabel läuft in einer nach oben offenen Rinne das Platinum-Iridiummesser mit seinem den Strom leitenden Stabe. Dasselbe wird mittels einer Schraube *rr* vorwärts und rückwärts bewegt, so dafs es aus dem Schnabel heraustritt und ebenso durch Rückwärtsdrehung der Schraube in demselben wieder verschwindet. Die Schraube selbst läuft auf einer Skala, auf welcher man die Länge des zu machenden Schnittes nach Centimetern ablesen kann. An der Schraube befindet sich ein Zapfen *L* zum Anschrauben des einen Poles des stromleitenden Kabels, während der andere Pol an einem ähnlichen auf der entgegengesetzten Seite befindlichen Zapfen (*L'*) angeschraubt wird. Die hier befindliche Schraube (*Sch*) dient zur Unterbrechung des Stromes. In der neben dem Incisor frei bleibenden offenen Rinne liegt das herausnehmbare Kystoskop, welches bei K durch eine Schraube festgestellt werden kann. Das Kystoskop wird

in der gewöhnlichen Weise mittels einer Gabel und einem besonderen Kabel mit einer Lichtquelle verbunden, während der Incisor seinen besonderen Akkumulator hat. Ganz vorn am Griffe befinden sich zwei Ansätze für die Schläuche der Wasserkühlung (*W*, *W'*), wodurch das ganze Instrument während der Dauer der Operation abgekühlt wird.

Nur dadurch, dafs das Messer und das Kystoskop nebeneinander gelegt werden, war es möglich, dafs man die Bewegung des Messers, sein Einsetzen an der gewünschten Stelle des Prostatawulstes mit dem Auge kontrollieren kann.

Stellt man sich die zu incidierende Stelle mit dem Kystoskop ein und bewegt dann die Schraube nach sich zu, so sieht man, sobald die Schraube auf No. 0 der Skala steht, das Messer im Gesichtsfelde erscheinen und kann nun dessen Einschneiden in die Prostata verfolgen. Stöfst das Messer gegen die Prostata an, so stellt man den Kontakt mit dem Bottini-Akkumulator her und sieht nun, wie das Messer weissglühend wird. Durch Vorwärtsbewegung der Schraube läfst man dann das Messer langsam in die Prostata eindringen, wobei es dem beobachtenden Auge entschwindet. Da man diesen Teil der Operation doch nicht verfolgen kann, empfiehlt es sich, den Kontakt des Kystoskopes mit seiner Stromquelle auszuschalten. Bei absoluter ruhiger Haltung des Instrumentes wird nun der Schnitt ausgeführt und schliefslich das Messer wieder aus demselben herausgebracht, der Strom für dasselbe unterbrochen und das Messer in seine Nische zurückgeschraubt. Bringt man dann die Lampe des Kystoskopes wieder zum Glühen, so kann man die gemachte Incision mit dem Kystoskop sehen.

Sollte es während der Operation bluten, so wird, wenn man einen zweiten Schnitt macht, das Kystoskop schnell herausgezogen und an seine Stelle nach Art des Gueterbockschen Kystoskopes ein Metallkatheter in die Rinne eingeführt, mittels dessen man die Blase wieder rein spülen kann, während gleichzeitig von einem Assistenten das etwa beschmutzte Kystoskop gereinigt wird.

Das Instrument läfst sich ganz auseinander nehmen und mit Ausnahme des Kystoskopes durch Auskochen seiner einzelnen



Teile sterilisieren. Das Kystoskop kann mittels des Nitze-schen Sterilisationsapparates ebenfalls sterilisiert werden.

Bei einer Operation, die ich mit diesem Instrumente am 24. Januar ausführte, gelang es mir, nicht nur die Thätigkeit des Messers selbst zu kontrollieren, sondern auch einigen anwesenden Herren zu demonstrieren.

Wenn das Instrument auch noch mancherlei Verbesserungen nötig haben wird, so hoffe ich doch, dafs mit demselben der Weg angebahnt ist, um die Bottinische Operation unter Kontrolle des Auges ausführen zu können.

Neues kystoskopisches Instrumentarium.

Vorläufige Mitteilung

von

Dr. **Kollmann** in Leipzig und Dr. **Wossidlo** in Berlin.

Das in dem vorstehenden Artikel beschriebene Inzisionskystoskop unterscheidet sich von anderen kystoskopischen Operationsinstrumenten hauptsächlich dadurch, dass nicht wie bei diesen der optische Apparat innerhalb einer röhrenförmigen Hülse liegt, welche die zum operativen Eingreifen bestimmten Teile trägt, sondern dass letztere (in diesem Falle also das galvanokaustische Messer) und die Optik nebeneinander gelagert sind. Schon bei der Ausarbeitung des genannten Inzisionsinstrumentes zeigte es sich, dass das gleiche Prinzip der Nebeneinanderlagerung sehr wohl auch auf andere kystoskopische Operationsinstrumente anwendbar sei, und haben wir uns daher seit längerer Zeit schon mit Entwürfen zur Konstruktion derartiger Instrumente beschäftigt. Unter diesen wären zu nennen vor allem solche, die für die Operation gutartiger Blasentumoren im Nitzeschen Sinne mit Schlinge und Galvanokauter versehen sind.

Nach dem gleichen Prinzip wird gegenwärtig aber auch ein Irrigations- resp. Ureterkystoskop gebaut, mit dem es möglich sein wird, die Distanz zwischen dem Prisma und dem Punkt, wo der Katheter aus dem Instrument hervortritt, wieder variabel zu machen, in ähnlicher Weise wie es bei dem früheren Nitzeschen Instrumente der Fall war; die wechselnde Entfernung der Uretermündungen von dem Orificium internum vesicae, beziehungsweise die Verhältnisse der Uretersondierung bei Prostatahypertrophie, liefsen uns dies erstrebenswert erscheinen.

Aufserdem sollte das Instrument aber noch die Möglichkeit

bieten, während es liegt, sowohl die Blase bequem zu spülen, als auch die Lampe und das Prisma von etwaigen Verunreinigungen durch Blut etc. sauber reinigen zu können. Auf letzteren Punkt, der bisher merkwürdigerweise wenig beachtet worden zu sein scheint, legten wir besonderes Gewicht; denn, dass die gegenwärtig bei uns im Gebrauch befindlichen Ureterkystoskope eine letzerem Zweck dienende Vorrichtung nicht besitzen, haben wir öfters als recht störend empfinden müssen.

Kystoskope mit Desinfektionshülse.

Von

Dr. **Kollmann** in Leipzig und Dr. **Wossidlo** in Berlin.

Die hier beschriebenen Instrumente verdanken ihre Entstehung dem Wunsche, die besonders in Frankreichs grosser urologischer Schule sehr beliebte Formalindesinfektion in einer einfachen und wenig kostspieligen Weise für die kystoskopische Praxis auszunutzen; unserer Ansicht nach steht der allgemeineren Einführung der grofsen hierfür bestimmten Desinfektoren der verhältnismäfsig hohe Preis eines Teiles derselben hindernd im Wege. Dafs die Formalindesinfektion gutes leistet, läfst sich nach den vielfachen Erfahrungen, die nicht nur auf speciell chirurgischem*), sondern auch auf allgemein ärztlichen Gebieten vorliegen, wohl kaum bestreiten. Unser Ziel glaubten wir am einfachsten zu erreichen, wenn wir jedem einzelnen Kystoskop eine besondere Hülse gaben, in welcher es verschlossen und für sich allein desinfiziert werden kann; wir gewinnen dadurch zugleich noch den Vorteil, dafs wir das Kystoskop, ohne es berühren zu müssen, in dieser Hülse steril aufbewahren können bis zum nächsten Gebrauch. Bei Verwendung von gröfseren Formalindesinfektoren werden wir oft in die Lage versetzt, behufs Desinfektion anderer Instrumente durch Herausnahme bereits darin befindlicher, steriler Instrumente Platz zu schaffen und diese vorläufig bis zum Gebrauch an anderen Orten unterzubringen; dafs letzteres strengen Grundsätzen von Asepsis nicht ganz entspricht, braucht nicht erst erörtert zu werden.

Wenn man rigoros denkt, kann man bei der von uns ge-

*) Vergleiche z. B. Ernst R. W. Frank, 67. Naturforscher-Versammlung zu Lübeck, Sektion für Chirurgie, Sitzung vom 19. September 1895.

wählten Einrichtung allerdings einen Nachteil herausfinden; es ist der, dafs nicht das ganze Kystoskop den Formalindämpfen ausgesetzt wird. Wie die Abbildung zeigt, befindet sich nämlich der mit Gewinde versehene Schlufsdeckel, welcher zur Hülse pafst, unterhalb des das Okularende umgebenden Trichters, ja sogar noch unterhalb des bei dem Irrigationskystoskop vorhandenen, durch einen Hahn verschliefsbaren Rohrendes. Diese Stellen werden also bei unserer Einrichtung nicht mit desinfiziert; es sind aber auch die, welche eigentlich mit dem Patienten in absolut keine Berührung kommen und einer Desinfektion daher gar nicht bedürfen. Mit einer geringen Änderung des Verfahrens lassen sich übrigens auch diese den Formalindämpfen leicht zugänglich machen; wir kommen weiter unten noch einmal hierauf zurück.

Um von der hier beschriebenen Methode Gebrauch zu machen, verfährt man wie folgt: Nachdem man das Kystoskop benutzt hatte, reinigt man es mechanisch sofort sorgfältigst unter Benutzung von Wasser und Seife, spritzt bei Irrigationskystoskopen u. s. w. die vorhandenen Kanäle gründlich aus, trocknet sauber und sucht durch Schwenken oder Ausblasen mittelst Gummiballons das Wasser auch aus den Kanälen möglichst vollständig zu entfernen. Darauf läfst man das Instrument noch einige Zeit an der Luft stehen, am besten in aufrechter Stellung, um die im Innern noch vorhandenen letzten Reste von Feuchtigkeit leichter abtropfen zu lassen. Ist dies geschehen, so schraubt man das Kystoskop mittelst der an ihm befindlichen Scheibe oben in die Desinfektionshülse fest und giebt darauf in den unteren Raum die Desinfektionsmasse hinein. Nachdem man die siebförmig durchbohrte kleine Metallplatte aufgelegt, schraubt man dann diesen unteren Teil ebenfalls an der Hülse an.

Will man den Desinfektionsprozess beschleunigen oder verstärken, so kann man den die Desinfektionsmasse bergenden unteren Teil der Hülse über einer Spiritusflamme leicht erwärmen oder denselben aufrecht in ein Gefäfs mit warmem Wasser stellen. Handelt es sich um gewöhnliche Kystoskope, so wird die Erwärmung kaum nötig sein, da der Desinfektionsprozefs auch schon bei gewöhnlicher Zimmerwärme vor sich geht. Anders

verhält es sich bei Kystoskopen mit im Innern verlaufenden Kanälen u. s. w.; es läfst sich wohl denken, dafs hier manche tote Winkel vorhanden sind, in welche die Formalindämpfe bei gewöhnlicher Zimmertemperatur unvollkommen oder wenigstens nur langsam einzudringen vermögen. Für solche Instrumente möchten wir vorschlagen, bei Öffnung sämtlicher an den Röhren befindlicher Hähne u. s. w. von der besprochenen Erwärmung Gebrauch zu machen, damit die sich entwickelnden Formalindämpfe überall durch die Kanäle ergiebig hindurchstreichen und die Luft von dort verdrängen können; vielleicht wäre es sogar gut, die Hähne längere Zeit offen zu lassen, entweder zum Schlufs oder am Beginn der Gesamtdesinfektion, damit man bezüglich dieses Punktes recht sicher ist.

Dafs die hier beschriebene Einrichtung es ermöglicht, die Formalindämpfe ganz besonders auch durch das Innnere der Kanäle und sonstigen Hohlräume hindurchzuleiten (in ähnlicher Weise, wie es bezüglich des Wasserdampfes bei der Desinfektion in dem bekannten Nitzeschen Sterilisator der Fall ist), bedingt unserer Meinung nach vielleicht sogar eine Superiorität dieser Einrichtung gegenüber anderen Formalindesinfektoren, bei welchen die Instrumente in toto in die Apparate hineingesetzt werden.

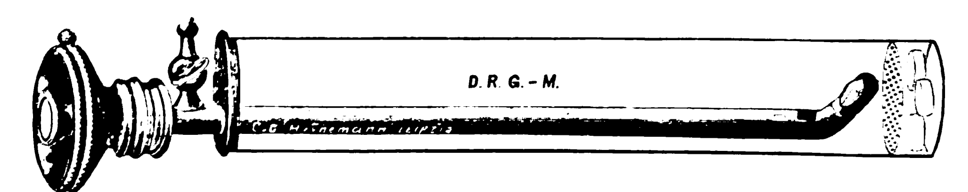
Einen noch vollkommeneren Sterilisierungsprozefs, als den bisher beschriebenen, bei dem auch alle diejenigen Teile, die nicht innerhalb der Hülse befindlich sind, von den Formalindämpfen erreicht werden, kann man übrigens in einfachster Weise z. B. dadurch erzielen, dafs man das Kystoskop samt Hülse bei geöffneten Hähnen in ein gut schliefsendes Glasgefäfs oder etwas dem ähnlichen hineinstellt; die sich im unteren Teil der Hülse entwickelnden Formalindämpfe werden durch die Kanäle des Kystoskops hindurchstreichend in den Hohlraum des äufseren Gefäfses gelangen, sich hier ansammeln und nun auch alle aufserhalb der Hülse liegenden Kystoskopteile treffen.

Wird das Kystoskop gebraucht, so schraubt man es mitsamt dem an ihm dauernd befestigten oberen Schlufsdeckel der Hülse von dieser los, spült es aber, bevor es mit dem Patienten in Berührung kommt, erst gründlich in sterilem Wasser u. s. w. ab, um

hierdurch alles etwa an ihm haftende Formalin. welches die Schleimhaut reizen könnte. zu entfernen. Damit die noch in der Hülse befindlichen Reste der Desinfektionsmasse nicht unnötigerweise verdampfen, wird diese während des Gebrauches des Kystoskopes interimistisch durch einen besonderen Deckel verschlossen.

Als Desinfektionsmasse benutzt man das gewöhnliche flüfsige Formalin des Handels, das man zweckmäfsigerweise auf etwas Watte träufelt, oder das Trioxymethylen (Paraformol) in Pulverform, beziehungsweise in Gestalt der Scheringschen Tabletten.

Die beigegebene Abbildung wird alles weitere deutlich machen. Dieselbe stellt die beschriebene Desinfektionseinrichtung dar, ausgeführt für ein Irrigationskystoskop, wie es neuerdings von C. G. Heynemann in Leipzig gebaut wird; dieses hat in seinem Schaft nur einen einzigen Kanal, welcher aber an dem visceralen Ende in zwei Öffnungen mündet, einer gröfseren zum Ausspülen der Blase bestimmten und einer kleineren für die Berieselung des Prismas. Spritzt man oben am Hahn Flüssigkeit ein, so



tritt diese unten durch beide viscerale Öffnungen gleichzeitig heraus. Hierdurch ist die Annehmlichkeit gegeben, unter Beibehaltung der nützlichen Prismaspülung trotzdem die Irrigationskystoskope im Umfange geringer zu bauen, als die älteren Modelle, welche zwei Kanäle besafsen.

Diese Einrichtung ist ähnlich der, wie sie sich an dem neueren Nitzeschen Ureterkystoskop vorfindet; bei dem letzteren kann aber die für die Blasenspülung bestimmte gröfsere Öffnung durch eine Schraubenbewegung am Handgriff des Kystoskopes geschlossen werden. Von dem Prinzip ausgehend, dafs möglichst alles vermieden werden müsse, was das Instrument irgendwie kompliziert und dieses daher dem Sterilisationsprozefs schwerer zugänglich machen könnte, beschlossen wir von einer solchen oder einer dieser ähnlichen Einrichtung vorläufig Abstand zu

nehmen; da diese zwar gewisse Annehmlichkeiten bietet, aber doch keinesfalls als nötig bezeichnet werden mufs, durften wir dies berechtigterweise auch wohl thun.

Endlich noch eins: Der Zweck dieser Zeilen sollte nicht nur der sein, eine unserer Meinung nach einfache und praktische Form der Formalindesinfektion von Kystoskopen zu empfehlen, sondern wir möchten damit gleichzeitig auch zu einer Verbesserung der Aufbewahrungsmethoden solcher Instrumente ganz im allgemeinen anregen. Auf die in letzterem Punkte noch vorhandenen Mängel deuteten wir schon oben kurz hin. Der Gegenstand verdient es, auch auf Seiten der Mechaniker und Instrumentenmacher endlich etwas mehr Berücksichtigung zu finden. Zwar haben sich schon von Zeit zu Zeit einzelne Autoren in der Sache geäufsert wie z. B. Casper in seinem Handbuch der Kystoskopie, welcher hierfür eigens gearbeitete Holzkästen empfiehlt; diesen hat man aber bisher ungerechtfertigterweise wenig Beachtung geschenkt. Dafs in unserem Zeitalter der Asepsis sich die innen mit Sammet, Tuch u. s. w. beklebten kystoskopischen Etuis immer noch erhalten haben, ist sonderbar genug. Der Grund hierfür mag wenigstens zum Teil in dem Umstand zu suchen sein, dafs derartige Etuis billiger herzustellen sind, als andere, heutigen ärztlichen Ansichten mehr entsprechende; dies ist doch aber wirklich kein Grund, den man ernstlich gelten lassen kann. Entschliefse man sich dazu, diese aufzugeben und wähle man dafür entweder, dem Casperschen Rate folgend, solche zu diesem Zweck eigens angefertigte aus Holz, oder, wenn man die gröfsere Auslage nicht scheut, Etuis, die aus Metall hergestellt sind, in der Art, wie sie für anderweitige chirurgische Instrumente schon längst existieren. Gebe man jedem Kystoskop eine besondere Hülse, entweder von der oben beschriebenen oder von einer dieser ähnlichen Form und bringe die Kystoskope, nachdem sie gereinigt und desinfiziert wurden, so einzeln verschlossen in den Etuis unter; sie werden auf diese Weise mindestens gerade so gut vor Beschädigung bewahrt sein, wie in dem weichen Futter der Sammet- oder Tuchkästen, jedenfalls sich aber in einem Zustand befinden, in dem sie vor der Berührung unberufener Finger und sonstiger Gegenstände geschützter sind, als bisher. Unter den Gegenständen

letzterer Art wären z. B. auch die mannigfachen schmutzigen Leitungsschnüre zu nennen, die man in den Etuis stets mit untergebracht sieht.

Figurenerklärung.

Die Figur zeigt ein Irrigationskystoskop innerhalb der Desinfektionshülse eingeschraubt; die Hülse ist durchsichtig gedacht. Gleich unterhalb des durch einen Hahn verschliefsbaren Spühlrohrs sieht man die mit Gewinde versehene obere Schlufsplatte der Hülse, die am Kystoskop dauernd befestigt ist. Die Stelle, wo der untere zur Aufnahme der Desinfektionsmasse bestimmte Teil an die Hülse angeschraubt wird, wurde in der Figur nicht besonders angegeben; es ist diejenige Stelle, wo im Innern die siebförmig durchlochte Metallplatte liegt, unter welcher sich einige Formalinpastillen befinden. Die Gröfsenverhältnisse der Hülse sind in beistehender Figur nicht ganz richtig wiedergegeben; der Zeichner hat die Hülse etwas zu breit gehalten. In Wirklichkeit wird diese viel schmäler gebaut, keinesfalls aber breiter, als es die wechselnde Länge des Schnabels vom Kystoskop unbedingt verlangt.

Zur Vereinfachung der Kystoskopie.

Von

Dr. **Felix Schlagintweit**, München-Bad Brückenau.

(Nach einem Vortrag in der Sect. f. Dermat. und Urologie der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München 1899.)

Die meisten der Herren Spezialkollegen werden nach einem etwa 6 wöchentlichen Kurse, mit einem einfachen und vielleicht einem Irrigations-Kystoskop ausgerüstet, ohne Assistenten ihre selbständigen Untersuchungen beginnen. Dabei werden sie vom ersten Tage an folgende, teils durch das Instrumentarium bedingten, teils zufälligen, aber leicht sich ereignenden Umstände desto lästiger für sich und den Untersuchenden emfipnden, je weniger sie dieselben im Kurse bei der Geschicklichkeit des Lehrers und seiner Assistenz bemerken konnten.

1. Das Einführen eines eigenen Katheters **vor** dem Kystoskop zur Klärung und Füllung der Blase. Diese wichtigste und leider meist sehr langwierige Prozedur kann noch obendrein ganz nutzlos werden, wenn nach Herausnahme des Katheters das eigentliche Kystoskop nicht durchzubringen ist. (Goldberg in der Diskussion zu meinem Vortrag.) Von der die gewöhnliche Kystoskopie weiter komplizierenden Anästhesierung will ich hier nicht weiter sprechen, da ich Cocain auf Nitzes Warnung hin gar nicht und Eucain fast nicht verwendet habe, seit ich durch ganz langsames und sanftes Einführen meiner Instrumente die Auslösung von Harndrang vermeide und bemerken mufste, wie störend und täuschend die durch Eucain bewirkte starke Rötung der Schleimhaut das kys-

toskopische Bild beeinflufst und wie wenig sicher die Ausschaltung eben des Harndranges durch das Mittel gelingt.

2. Das Belegen des Prismas mit Blut, Eiter, besonders aber eine während der Untersuchung wieder eintretende Trübung des Blaseninhalts nötigen bei einfachen Kystoskopen ohne weiteres zum Herausnehmen des Instrumentes. Berüchtigt ist die leichte Verletzlichkeit der hypertrophierten Prostata, welche fast regelmäfsig die Besichtigung der Blase durch mehr oder minder starke Blutung stört. Die Trübung durch Eiter, z. B. bei Pyelitis, kann trotzdem wir eben die letzte Spülfüllung ganz klar zurückbekommen haben, so schnell wiederkehren, dafs die kurze Zeit zwischen Herausnahme des Spülkatheters bis zur Einführung des Kystoskops genügt, die Transparenz wieder zu vernichten. So sah ich einmal bei einer sehr nervösen Dame die eine Ureterenmündung durch 2 Minuten ununterbrochen wie gelähmt offen stehen und in einem kolossalen, äusserst lebhaften Wirbel eine solche Menge Flüssigkeit ausstossen, dafs ich am Schlusse der zehn Minuten langen Untersuchung statt 150 ccm ursprünglicher Blasenfüllung 400 ablassen konnte.

Beim Irrigationskystoskop kann man zwar das Prisma und die Lampe abspülen, bei diffuser oder feinflockiger Trübung des ganzen Blaseninhalts würde ein Ablassen oder Neufüllen durch die engen Kanäle (auch der Kanal des Brennerschen und Lohnsteinschen Instruments ist zu eng) abgesehen von der Möglichkeit des Verstopfens durch Gerinnsel, eine unverhältnismäfsig lange Zeit beanspruchen.

3. Gegen imperatorischen Harndrang von der Blase (nicht vom Blasenhals ausgehend) ist weder mit dem einfachen, noch mit dem Irrigationskystoskop anzukämpfen. Ersteres mufs ohne weiteres heraus und bei dem Zweiten sind eben die Kanäle zu eng, als dafs schnell so viel ablaufen könnte, als zur Entspannung nötig ist.

4. Da die Reinigung und Desinfektion der Kystoskope bis auf weiteres im wesentlichen eine mechanische, etwa mit Seife und Carbolwasser, bleiben mufs, — denn eine genügende Erhitzung vertragen sie hauptsächlich wegen der verschiedenen

Widerstandsfähigkeit und Wärmeausdehnung der zu ihrem Bau benötigten Stoffe sehr schlecht — so kann die Asepsis in den engen Kanälen der Irrigationscystoskope nur eine sehr unvollkommene sein. Das einfache Cystoskop dagegen ist sehr gut zu reinigen.

5. Die Lampe brennt durch. Bei sorgfältiger Pflege der Instrumente, bei zartem Einschleichenlassen des Stromes kommt dies Ereignis, welches, wenn es in der Blase passiert, zum Unterbrechen der Sitzung nötigt, selten vor.

6. Spülungen therapeutischer Art oder zur Prophylaxe im Anschlufs an die Kystoskopie, z. B. Injektionen von Arg. nitr. 1:1000 sind nur beim Irrigationskystoskop mit Mühe möglich. Beim einfachen Kystoskop mufs dieses erst herausgenommen werden, dann aber ein neuer Katheter, also das dritte Instrument in einer Sitzung, wieder hinein.

Allen diesen Unannehmlichkeiten des Untersuchens mit dem einfachen oder dem Irrigationskystoskop begegnen wir ohne weiteres mit einer höchst einfachen und naheliegenden Veränderung im Bau der Kystoskope. Das Prinzip ist folgendes: In einem schon a priori zur Spülung und Klärung eingeführten Metallmercierkatheter wird das eigentliche Kystoskop eingeschoben. Soweit mir bekannt, sind nach diesem Prinzip gebaut das Kystoskop von Güterbock (Berlin. Klin. Wochenschr. 1895, 29 und 50, Hirschmanns Katalog), das Megaloskop von Boisseau du Rocher (Guyon, Krankheiten der Harnwege III. 167), der Kystoskopische Evakuationskatheter von Nitze (dieses Centralblatt 8. Band 1897, p. 369) und ein nach meinen Angaben von Reiniger, Gebbert und Schall angefertigtes Kystoskop, welches 1896 konstruiert und kürzlich auf der 71. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte zu München in der dermatologisch-urologischen Abteilung von mir demonstriert wurde.

Dass der Typus dieser Instrumente, von denen nur das Güterbocksche in Deutschland durch den Katalog seines einzigen Fabrikanten einigermafsen bekannt ist, so wenig ausgenutzt wird, dürfte daher kommen, dafs wir die genannten Instrumente in den Kursen von unseren Lehrmeistern der Kystoskopie nicht angewendet sehen. Dies kommt aber wiederum daher, dafs

unsere Lehrer eben mit den einfachen Kystoskopen so aufserordentlich geschickt arbeiten können, dafs sie gar kein Bedürfnis nach einer Änderung haben.

Bevor ich nun in aller Kürze das von mir angegebene Katheterkystoskop, wie ich es nenne, beschreibe, möchte ich unter dem Hinweis auf die citierten Publikationen ebenso kurz auf die konstruktiven Mängel eingehen, welche den drei anderen genannten Katheterkystoskopen noch anhaften.

Das Güterbocksche besitzt im Gegensatze zu den zwei anderen und dem meinigen zwar den Vorzug, dafs man ohne die Untersuchung beenden zu müssen, sogar eine in der Blase durchgebrannte Lampe auswechseln kann, verliert aber durch die infolgedessen bedingte Lage der Lampe im Schafte des Katheters statt an der Spitze des Schnabels die Fähigkeit so plastische Bilder zu geben, wie sämtliche Nitzeschen Instrumente, die eben durch die ausgezeichnete seitliche Stellung der Lampe zur Sehlinie sehr deutliche Schlagschatten auch ganz geringer Unebenheiten der Blasenwand erzeugen. Ferner läfst sich durch die beiden Öffnungen des Katheters, so paradox es erscheinen mag, keine so rasche Blasenreinigung — namentlich von dicken Flocken oder Grieskörnern — erzielen, weil nämlich die evakuatorische Strömung und Aspiration eine viel stärkere und rasantere ist, wenn sie durch eine, natürlich genügend grofse Öffnung erfolgt. Weiter mufs man das Instrument infolge seines längeren Schnabels um ein merkliches Stück weiter einführen, und ist dadurch namentlich bei enger Blase und leichter Wandverletzlichkeit sehr in den Exkursionen behindert. Bei Erhebung des äufseren Kystoskopendes über die Horizontale liegt die Lampe sehr innig dem Blasengrunde an und giebt eher Veranlassung zu Verbrennungen als jedes andere Instrument.

Das französische Megaloskop ist insofern sehr geistreich ersonnen als durch Beigabe zweier optischer Apparate die Blase ohne Instrumentenwechsel sowohl per Prisma von der Konkavität als auch direkt von der Konvexität des Schnabels aus betrachtet werden kann. Die Knickung des Schnabels (statt sanfter Krümmung) wird jedoch auch von Guyon beanstandet. Die Optik selbst ist mit der unserer deutschen Instrumente verglichen ganz unbrauchbar, sie macht dazu das Megaloskop ganz unverhältnis-

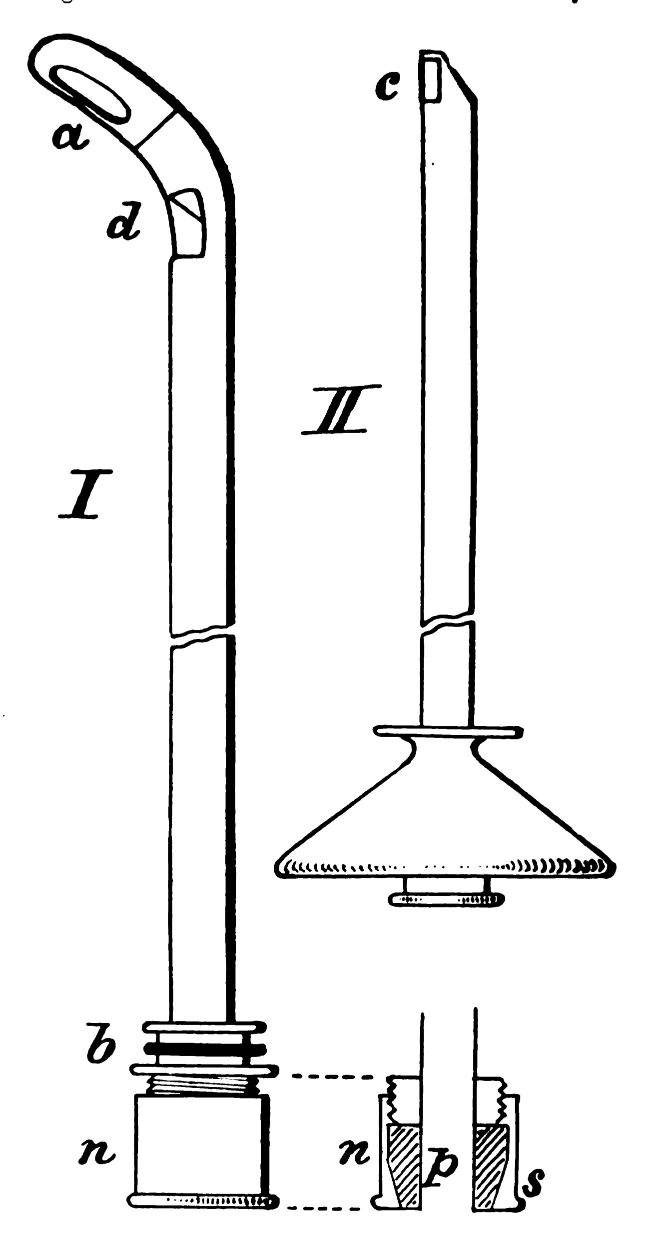
mäfsig lang (45 cm!) und sehr schwer am Ende. Die Abdichtung ist unvollkommen, auch die Stromzuleitung durch zwei gewöhnliche Schraubenklemmen veraltet.

Der Evakuationskatheter von Nitze ist für seinen Zweck ein durchaus vollkommenes Instrument und meinem Katheterkystoskope bis auf einige konstruktive Besonderheiten völlig gleich, welche Unterschiede dadurch bedingt sein dürften, dafs Nitze sein Instrument spez. zur Evakuation nach der Lithotripsie erdachte, während das meinige in allererster Linie nur als Kystoskop dienen soll. Um das Lumen seines Evakuationskatheters im Verhältnis zu dessen äufsern Umfang möglichst grofs zu machen, liefs Nitze die Lichtleitung im optischen Teil mit Abtrennung der Lampe, welche er in den Katheterschnabel stellte. Dadurch war er aber genötigt an der Spitze der Optik einen kleinen Steckkontakt herausstehen zu lassen. Er mufste ferner einen eigenen Dichtungskonus mit Stopfbüchse zwischen Optik und Katheter einschalten.

Beim Kystoskope des Verfassers fallen diese Komplikationen weg und ist das Instrument äufserlich und in der ganzen Handhabung wie ein gewöhnliches Kystoskop von der gröfsten Einfachheit.

Es besteht blofs aus zwei Teilen: dem Lichtkatheter (I) mit Mercierkrümmung, welcher an der Spitze die Lampe (a) trägt und in welchem völlig ununterbrochen die Lichtleitung verläuft. An dem Lichtkatheter ist auch der gewöhnliche Zangensteckkontakt (b) angebracht. (Ich selbst benutze im Stromkreis daneben hauptsächlich einen mit dem Fufse zu schliefsenden Kontakt.) Der andere Teil des Instruments ist die Optik (II), welche in den Katheter eingeschoben wird, so dafs das Prisma (c) im Auge des Katheters (d) steht. Das Instrument wird zusammengesteckt wie bei einem gewöhnlichen Katheterismus ohne jede weitere Vorbereitung in die Blase eingeführt, die Optik herausgezogen, die Spülung und klare Auffüllung durch den freigewordenen Katheter vorgenommen, die Optik wieder eingeschoben, der Kontakt angesteckt — und die Besichtigung kann beginnen. Ohne die mindeste Belästigung des Patienten kann die Blase nunmehr beliebig oft gespült, gefüllt und wieder besichtigt werden, indem man einfach die Optik wieder herauszieht und ein-

schiebt. Die Dichtung (n) ist absolut, benötigt keinerlei Fett oder sonstige Gleitstoffe. Sie besteht aus einem Cylinder von



ausgesuchtem Kork (p), welcher beliebig oft ausgekocht werden kann und nafs gequollen eingesetzt wird. Durch Anziehen oder Lösen der Schraube (s) wird der Korkring stärker oder schwächer an die Optik angeprefst. Die Optik wird nur durch die Klemmwirkung des Korkes und eine Richtnase in ihrer Stellung erhalten, so dafs also ein ruckweises Einschnappen durch Federn oder Riegel vermieden ist.

In der Diskussion im Anschlufs an meine Demonstration fragte mich Herr Kollege Frank, wie ich es mache, dafs der Blaseninhalt bis zum Einführen der Optik nicht ablaufe? Ich halte, während ich die Optik ergreife, das Katheterende mit dem Daumen der anderen Hand zu und, sobald die äufserste Spitze der Optik in das Lumen des Korks eingetreten ist, schliefst die Dichtung so absolut, dafs nur im Momente, wo der Daumen bei Seite gedrängt wird, einige Tropfen verloren gehen. Es liefse sich ganz leicht ein Hahn anbringen, durch dessen Bohrung die Optik hindurchgesteckt werden könnte. Ich halte einen solchen für überflüssig.

Sämtliche Teile des Katheterkystoskops sind sehr robust, glatt und vertragen innen und aufsen jede vernünftige mechanische Reinigung. Goldberg betonte in der gleichen Diskussion dies als einen besonderen Vorzug des Instruments. Ich nehme z. B. die Reinigung des Lichtkatheterkanals mit einer Drahtstiehlbürste und Guyon-Frankscher Seifenpaste vor, etwa wie man einen Lampencylinder oder Gewehrlauf mit dem Wischer putzt. — Als praktische Kaliber für mein Instrument erweisen sich besonders 19 und 23 Charr. Ein Evakuationskatheter meiner Konstruktion hat 27 Charr. Aufsen- und 25 Charr. Lumen-Kaliber.

Alle Katheterkystoskope müssen naturgemäfs eine kleinere Optik also auch ein kleineres Gesichtsfeld haben als die gleich dicken einfachen Kystoskope. Ein diesbezüglicher Versuch ergiebt folgendes: Mein Katheterkystoskop, dessen Optik 16 (also die Optik des Kindeskystoskop), dessen Aufsenstärke 19 Charr. (nicht ganz) hat, zeigt bei $3^1/_2$ cm Entfernung des Prismas von einer Ebene ein kreisförmiges Gesichtsfeld von etwas mehr als 4 cm Durchmesser. In der gleichen Entfernung zeigt ein Irrigationskystoskop von 22—23 Charr. Aufsenmafs knapp 5 cm

Durchmesser. In die Praxis übersetzt heifst das: Mit meinem Katheterkystoskop von 18—19 Charr. sieht man so viel wie mit einem einfachen gewöhnlichen Kystoskop von 16 Charr. und nur einem um $^3/_4$ cm kleineren Kreis als mit einem Irrigationskystoskop von 22—23 Charr. Ein Irrigationscystoskop von 22 bis 23 Charr. aber mit einem Katheterkystoskop der gleichen Aufsenstärke verglichen würde gegen die Optik des letzteren von 20 Charr. sehr zurückstehen. Es kann also von einem Mifsverhältnis zwischen äufserem Kaliber und Gesichtsfeld bei den Katheterkystoskopen nicht gesprochen werden. Mit anderen Worten: Der einzige Vorteil des grösseren Gesichtsfeldes, welchen das einfache Kystoskop gegenüber dem gleichstarken Katheterkystoskop hat, ist nicht so grofs, dafs das letztere nicht vorzuziehen wäre.

Auch jener scheinbare Vorzug der Irrigationskystoskope, die Blase während des Anfüllens und Ablassens zu beobachten, ist den Katheterkystoskopen erhalten. Wir brauchen nur die Optik des Instruments von 19 Charr. in den Lichtkatheter von 23 Charr. einzuführen und an letzterem eine seitliche Öffnung anbringen zu lassen, so bleibt neben der dünnen Optik in dem weiten Katheter ein zirkulärer Kanal, der in die Blase führt.

Dafs ich Grund hatte, den Lesern des Centralblattes so viele konstruktive Details zu geben, beweist am besten ein Gespräch, das ich mit einem unserer renommiertesten Kystoskopfabrikanten hatte. Derselbe gab mir, als ich ihm die Vorzüge meines Instruments auseinandersetzte, sein neuestes Modell des Irrigationskystoskopes in die Hand mit der Bemerkung: „Wir haben eben die Kanäle weiter gemacht!“ Und die Optik ist nicht kleiner geworden? fragte ich. — Nein! — Auf diese Art werden wir bald ein sehr leistungsfähiges Irrigationskystoskop von der Dicke eines Mastdarmspeculums bekommen.

Dass diese geschilderten Verhältnisse auf die Konstruktion der Kystoskope noch keinen Einflufs gehabt haben, ist umso merkwürdiger, als Nitze selbst am Schlusse seiner Publikation des kystoskopischen Evakuationskatheters die eminente Brauchbarkeit des Prinzipes derselben auch für die gewöhnliche Kystoskopie namentlich gegenüber dem Irrigationskystoskop aufs deutlichste hervorgehoben hat.

Nach meinen Ausführungen glaube ich zu folgender Zusammenfassung berechtigt zu sein:

Die Katheterkystoskope ermöglichen eine einfachere, sicherere und schnellere, sowie schonendere Besichtigung der Blase als es mit den anderen bisher meist gebräuchlichen Instrumenten möglich war. Die Irrigationskystoskope mit den separat eingebauten Kanälen sind deshalb ganz überflüssig. Von den einfachen Kystoskopen ist nur das Kinderkystoskop mit 15—16 Charr. für enge Harnröhren unentbehrlich, weil unter 17 Charr. ein Katheterkystoskop nur mit sehr beschränktem Gesichtsfelde hergestellt werden kann. — Für meine eigene Person kann ich sogar noch weiter gehen und nach den bisherigen Erfahrungen mit meinem Instrumente sagen, dafs es mir nicht nur technische Vorteile und Erleichterungen gebracht, sondern dafs es auch meine Kenntnisse und meine Vertrautheit mit den Verhältnissen der gesunden und kranken Blase wesentlich weiter entwickelt hat. Ich kystoskopiere eben jetzt öfter, oder, besser gesagt, ich komme öfter zum Kystoskopieren durch folgendes Prinzip der Anwendung meines Instrumentes. Da es geformt und genau so brauchbar ist wie jeder Metallmercier, führe ich es auch thatsächlich jedem Patienten ein, bei dem es nötig oder erlaubt ist, einen Katheter und zwar einen Metallmercier einzuführen. Ich katheterisiere also einfach mit dem Kystoskop, ohne a priori an eine Kystoskopie zu denken, die ich ja ohne weiteres anschliefsen kann, wenn ich sie für nötig halte.

Finde ich klaren Harn, so mache ich überhaupt keine Klärspülung, sondern werfe flüchtig einen Blick in die Blase und fahre in meinem Katheterismus fort, ohne mehr als einige Sekunden Zeit verloren zu haben. Oft finde ich etwas, was ich nur durch Kystoskopie finden kann. Ich hätte aber nicht kystoskopiert, wenn ich nicht mein Instrument verwendet hätte. Allein der Gedanke, jeden Augenblick mit dem Auge nachkontrollieren zu können, scheint mir sehr wertvoll. Die Kystoskopie, sonst eine ziemliche Haupt- und Staatsaktion im Sprechzimmer (besonders des Anfängers und Assistenzlosen), erscheint nunmehr als simples Anhängsel fast eines jeden Katheterismus, bietet ohne Mühe ihre unschätzbaren diagnostischen Vorteile und macht durch die

Häufigkeit der Untersuchungen das Auge gewandter im feineren Unterscheiden. Eine einzige charakteristische Erfahrung mit meinem Instrumente sei als Schlufs ohne jeden Kommentar angefügt. Ein Prostatiker soll evakuiert werden. Die Retention ist inkomplet. Das Kathetercystoskop wird spielend eingeführt. Ich finde klaren Harn, lasse nur sehr wenig ablaufen, stecke die Optik ein und sehe auf den ersten Blick, dafs in einer postprostatischen Tasche ein Nest von Harnsäurekörnern liegt, von deren Existenz Patient bisher keine Ahnung hatte. Indem ich mit Hilfe der Optik den Katheter mehrmals nacheinander in die wirksamste Lage brachte, konnte ich mit etwas Borlösung die stecknadelkopfgrofsen Körner (zusammen etwa einen Fingerhut voll), in 5 Minuten zum gröfsten Erstaunen des von der ganzen Prozedur gar nicht belästigten Patienten, sämtlich herausbekommen.

Ich möchte nur noch dem Wunsche Ausdruck geben, dafs es recht vielen Urologen gelingen möge, dieselben befriedigenden Erfahrungen mit meinem Katheterkystoskop zu machen, wie es mir von Anfang an mühelos gelungen ist. Ich hoffe damit einen kleinen bleibenden Fortschritt auf dem Wege der Diagnostik der Blasenkrankheiten, welcher vor nunmehr bald 25 Jahren von dem Erfinder und Meister der Kystoskopie eingeschlagen wurde, gemacht zu haben.

Zur Therapie der Impotentia virilis.

(Nach einem Vortrage in der Sektion für innere Medicin der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in München.)

Von

Prof. **J. Zabludowski,** Berlin.

Es handelt sich hauptsächlich darum, die verschiedenen Symptome der Neurasthenie, welche von den männlichen Genitalorganen ausgingen, zu bekämpfen. In einigen Fällen war die Erkrankung auf langwierige örtliche Kuren: Bougie-, Elektroden-, Kühlsonden-, Antrophorenbehandlung etc. zurückzuführen. In mehreren Fällen war in der Anamnese Coitus interruptus. Hypochondrische Stimmung war den meisten Patienten eigen; dieselbe steigerte sich an den Tagen, wo die Defäkation ausblieb. Die angewandte Behandlung besteht hauptsächlich in der systematischen Massage bestimmter Partien der Genitalgegend unter darauf folgender Ausdehnung der Manipulationen auf bald gröfsere, bald kleinere Partien des ganzen Körpers. Man wirkt: 1. unmittelbar auf den Genitalapparat und Adnexen, 2. auf das Rückenmark auf dem Wege von Reflexen und Irradiationen, 3. auf die allgemeinen Decken, Blut- und Lymphgefäfse am ganzen Körper, 4. auf die Hirncentren durch das Wachrufen bestimmter Vorstellungen. Die Technik ist folgende: Der Patient befindet sich in der Rückenlage. Jeder Hoden wird einzeln von der Raphe scroti aus gefafst und mit den Fingern beider Hände durchknetet. Die Nebenhoden und die Samenstränge werden gleichzeitig in den Bereich der Manipulationen gezogen. Jeder Hoden wird nur bis zur Hälfte seiner Peripherie bearbeitet. Diese Organe werden nie von 2 entgegengesetzten Punkten angefafst. Bei Beobachtung dieser Regel kann man einen recht

starken Druck ausüben, ohne eine schmerzhafte Empfindung hervorzurufen. Nach den Hoden wendet man sich dem Damm wie auch der Leistengegend zu. Mit den Fingern werden dem Bulbus urethrae intermittierende Drückungen und Erschütterungen versetzt. Bei stark hyperästhetischen Patienten arbeitet man gleichzeitig von der Raphe scroti, eventuell dem Damm und von der Innenfläche des Oberschenkels aus. Das feste Zugreifen an den Oberschenkeln wirkt ablenkend von den für jeden Druck überempfindlichen Stellen an der Raphe scroti und am Damm. Alle diese Manipulationen werden auch bei der seitlichen und bei der Bauchlage des Patienten ausgeführt. Diese bilden in vielen Fällen einen integrierenden Teil der Bauchmassage, welche immer auf die Behandlung der Genitalorgane und deren nächsten Nachbarschaft zu folgen hat. Sie ist von besonderem Nutzen bei der Defäkationsspermatorrhoe. Man begnügt sich bei ihrer Anwendung nie mit der Rückenlage des Patienten allein, sondern das Abdomen wird auch bei der Seitenlage des Patienten und bei besonders erschwerter Defäkation auch in der Knieellenbogenlage durchknetet. Man wird auf diese Art den häufigen Gastro- und Enteroptosen gerecht. Es folgen dann Klopfungen mit der geballten Faust längs der Lumbal- und Sakralgegend, auch Drückungen und Erschütterungen der Nn. occipitales, cervicales und intercostales. Es wird auch gleichsam das ganze Rückgrat zwischen den Händen eingeschlossen, indem gleichzeitig mit der einen Hand die Kreuzgegend erschüttert wird und mit der anderen Hand Vibrationen am Nacken ausgeführt werden. Bei den Manipulationen hält man sich da am meisten auf, wo Schmerzpunkte vorhanden sind oder wo der Hauptsitz der Erkrankung vorausgesetzt wird. So werden auch Manipulationen vom Rektum aus nur dann angewandt, wenn lokale Veränderungen um die Pars prostatica urethrae herum oder Störungen der Blasenfunktionen vorhanden sind. Dies wird folgendermafsen gemacht: Der rechte Zeigefinger wird bei der Rückenlage des Patienten und gebeugtem linken Knie desselben nicht unterhalb, sondern oberhalb des gestreckten rechten Oberschenkels in den Anus eingeführt. Der Oberschenkel kommt gleichsam unter der Achselhöhle des Arztes zu liegen. Der Arzt befindet sich zur rechten Seite des Patienten. Sein Ellbogen ist auf dessen Unterlage ge-

stützt. Mit der Volarfläche des Nagelgliedes des rechten Zeigefingers werden in regelmäfsigem Tempo von unten nach oben Drückungen auf die Prostata ausgeübt. Seitliche Reibungen an der inneren Fläche des Rektums werden als stark reizend vermieden. Die linke Hand wird am Unterleib oberhalb der Symphyse aufgelegt, und man arbeitet dann bimanuell. Der Blase werden Vibrationen und Schleuderbewegungen versetzt. Dadurch, dafs der Zeigefinger nicht unterhalb des Oberschenkels, sondern oberhalb desselben in den Anus eingeführt wird, hat man die Möglichkeit, einen sicher wirkenden Druck auszuüben. Wegen der gewöhnlich kurzen Entfernung der Prostata vom Anus reicht die Länge des Zeigefingers vollständig aus bei dieser Einführung. Man arbeitet bimanuell, um einerseits eine Ablenkung des Patienten von einer Manipulation, welche ihm peinlich ist, zu bewirken, andererseits um auch gleichzeitig die Blase zu bearbeiten, wo Störungen seitens der Harnsekretion vorhanden sind. Auf die eigentlichen Massagemanipulationen läfst man mehr oder weniger Widerstandsbewegungen folgen an den unteren Extremitäten, den Rücken- und Bauchmuskeln.

Somit ist zuvörderst direkt mechanisch sowohl auf die Samen schaffenden und die Samen fortleitenden Organe als auch auf die an- und die umliegende Muskulatur eingewirkt. Oft überzeugt man sich, dafs die übergrofse Empfindlichkeit in jenen Gebieten schon nach wenigen Sitzungen abgenommen hat. Die einfache Palpation am Hodensack, am Damm und den Oberschenkeln läfst konstatieren, dafs die atrophische Muskulatur die schlaffe, sich leicht mit kaltem Schweifs bedeckende Haut in einigen Wochen Behandlung elastischer und fester werden, die Widerstandskraft der Muskeln zunimmt. Durch die Ausbreitung der Manipulationen auf das Abdomen und die Oberschenkel wird auch die Koordinations- und Associationsthätigkeit des Genitalsystems gefördert. Durch die Verschiedenheit der Handhabungen bekommt man eine Steigerung oder eine Herabsetzung der Empfindlichkeit und es werden günstige Resultate erzielt sowohl bei den paralytischen als auch bei den spastischen Formen der funktionellen Störungen des Genitalapparates. Durch den erhöhten Stoffwechsel ist es auch zu erklären, dafs manche lange bestandenen katarrhalischen Zustände in den tiefen Partien

der Urethra und Adnexen zur Ausheilung kommen. Durch die Ausübung einer ganzen Reihe neuer Reize wird die Entwöhnung von angewohnten schädigenden Reizen gefördert. Ein Hypochonder beruhigt sich leichter über das Weglassen der Lokalbehandlung der Urethra. Penis und Nates bleiben immer ein Noli me tangere. Die Massage soll kein Aphrodisiakum sein. Während der Dauer der Massagesitzung kommen überhaupt keine Erektionen zustande. Das feste Zugreifen läfst alles andere eher als ein Wollustgefühl aufkommen. Die Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit des Patienten durch die wechselnden Kommandos bezüglich der Widerstandsbewegungen wirkt hemmend auf das Zustandekommen einer Erektion durch die Fernwirkung peripherer Reize. Die rege Darmfunktion, erzielt durch die Bauchmassage, wirkt depletorisch auf Stauungen im Unterleibe, mit welchen Pollutionen oft einhergehen. Reflektorische wie Irradiationswirkungen erwarten wir insbesondere von der energischen Bearbeitung der Pars lumbalis des Rückenmarks, dem Sitze des Erektionscentrums. Psychische Einflüsse kommen besonders dadurch leicht zur Geltung, dass alle Partien, an welchen die Patienten gewöhnlich abnorme Empfindungen haben und welche durch die landläufigen Ansichten als die bei den Funktionen des Genitalapparates besonders beteiligten bekannt sind, einer sorgfältigen Behandlung unterzogen werden. Die Vorstellung des Hypochonders, dass seine Genitalien besonders klein geworden sind, weicht nun leicht der durch die häufige Hyperämisierung bedingten Empfindung des Vollerwerdens. Während der 6 bis 8 wöchentlichen Dauer der Kur wird Abstinenz von Cohabitationsversuchen empfohlen. Es werden allgemeine, nicht zu anstrengende körperliche Übungen verordnet: Spazierengehen, Radfahren, Schwimmen, Reiten, mit Vorliebe wenig gewohnte Übungen. Bettruhe aber nur bei hochgradiger Nervosität. Hier wird auch eine Umgebungsveränderung notwendig. Mit Begiefsungen des Körpers an jedem Morgen mit Wasser von Zimmertemperatur wird man den Anforderungen der Hautpflege gerecht. Als gutes Hilfsmittel nach erfolgter Entlassung aus der Kur erweist sich in Fällen von schwacher Erektion die Einfettung mit wenig klebrigen Salben (Coldcream, Virginia vaselina alba), in Fällen aber von Ejaculatio praematura bei genügender Erektion der

Gebrauch einer mehr klebrigen Salbe (Unguentum Paraffini der Pharmakopoe, Lanolin). Der Gebrauch von diesen Salben hat auch in manchen Fällen die Benutzung der von anderer Seite empfohlenen Introduktoren überflüssig gemacht.

Einige spezielle Bemerkungen:

1. Bei den Pollutionisten wird noch die Änderung der Schlafstätte veranlafst: statt in einer Bettstelle auf einem Sofa zu schlafen, ein Keilkissen unter die Füsse zu legen und eine für sie ungewohnte Leibesübung zu erlernen. In einem sehr hartnäckigen Falle, wo die Krankheit über 20 Jahre fortgedauert hatte, ist ein auffälliges Resultat dadurch erreicht worden, dafs dem Patienten geraten wurde, statt der Badehose, welche er sich zur Nacht anzuziehen pflegte behufs Reinhaltung der Bettwäsche, ein Condom anzulegen. Die Pollutionen blieben weg. Die Patienten wurden angehalten, am Abend nicht die gewohnten Getränke zu nehmen und die Zeit der Abendmahlzeit zu ändern. In Fällen, wo eine innere Behandlung der Urethra noch nicht stattgefunden hat, führen wir für die Dauer der Prostata-Massage eine elastische Bougie mittlerer Dicke in die Urethra ein. Die Manipulationen vom Rectum aus sind somit auch wirksamer wegen des Gegendruckes der Bougie. 2. Bei den Spermatorrhoikern, wo in der Anamnese vielfach Coitus interruptus war, und bei den Prostatorrhoikern, wo oft Urethritis posterior bestand, wurde besonderes Gewicht auf die Prostata- und die Bauchmassage gelegt und dem Coitus interruptus durch die Anwendung von Okklusivpessarien etc. gesteuert. In Fällen, wo eine innere Behandlung der Urethra noch nicht stattgefunden hat, führen wir für die Dauer der Prostatamassage ein elastisches Bougie mittlerer Dicke in die Urethra ein. Die Manipulationen vom Rektum aus sind somit auch wirksamer wegen des Gegendruckes des Bougies. 3. Wo es sich um schwere allgemeine Störungen handelte nach starken Gemütsaffekten oder erschöpfenden Krankheiten, kam hauptsächlich die den Stoffwechsel fördernde Wirkung der allgemeinen Massage zur Geltung wie auch die spezielle Wirkung der Rückenklopfungen auf das Herz. Diese Massage wirkt auch kompensatorisch für ein strenges Diätregime in Fällen, welche

mit Diabetes und Obesitas einhergingen. 4. Bei Heiratskandidaten, welche wegen früherer Erfahrungen sich nicht trauten, die Ehe anzutreten, sowie bei seit langem verheirateten Männern, deren Gattinnen noch nicht defloriert waren oder an Vaginismus litten, war es wichtig, den Patienten von vornherein eine gute Prognose zu stellen. Mehrere Patienten dieser Kategorie haben dank der Behandlung Vaterfreuden erlebt. 5. In den Fällen von relativer Impotenz, d. h. dem Ausbleiben der Erektion wegen der Gewöhnung an eine bestimmte Person, entstehen durch Lageveränderung bei der Kohabitation neue Koordinationen und Assoziationen. 6. In den mit Störungen der Harnsekretion einhergehenden Fällen wurde besonderes Gewicht auf die Massage der Prostata, des Perineums und der Harnblase gelegt. Auch wurde die Behandlung durch Abänderung der nächtlichen Ruhestätte unterstützt: Unterlage von ungewohnten Stoffen, wie Gummistoffe, Linoleum, Leder.

Litteraturbericht.

I. Erkrankungen der Nieren.

Einen Fall von **primärer Nieren-Aktinomykose,** der vor der Operation diagnostiziert werden konnte, demonstrierte I. Israel in der „Berl. med. Ges." vom 29. XI. 99 (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 51). Es handelt sich um einen 33jährigen Mann, der seit 8 Jahren an Hämaturieen litt; vor 6 Jahren war eine Nephrotomie ohne positiven Befund und Erfolg gemacht worden. Dann trat Trübung des Urins ein, die Hämaturien wiederholten sich, der Pat. verfiel allmählich. Die Untersuchung ergab eine in ihrem unteren Teil harte und höckerige Niere, an der Stelle der früheren Operationsnarbe fanden sich mehrere Buckel, aus deren einem sich nach Incision einige Tropfen Eiter entleerten, in welchem einige Körnchen schwammen, die unter dem Mikroskop aus dunklen, drüsigen Pilzhaufen mit ausgezeichneter Keulenanordnung bestanden. Im Harnsediment fanden sich kleine Körper, die sich mikroskopisch als runde Häufchen von Eiterzellen, in deren Centrum jedesmal sich ein Pilzrasen befand, erwiesen. Die durch die Operation entfernte Niere ist in ihrem oberen Teil von einem orangegrofsen Tumor eingenommen, der in einer grauen, glänzenden, über das Niveau vorspringenden Grundlage eine Reihe von gelben Einlagerungen zeigt. Die Pilzdrusen befinden sich in grofsen Fettkörnchenzellen, die in das Gewebe eingelagert sind, aus welchem die obigen gelben Einlagerungen bestehen. Das Nierenbecken enthält einen grofsen Korallenstein, der ein Konglomerat verkalkter Pilzhaufen in eiteriger Grundlage darstellt. Über die Eingangspforte der Infektion war nichts bekannt, nur waren sämtliche Backzähne des Pat. stark kariös. Paul Cohn-Berlin.

Über einen Fall von Nierenblutung angioneurotischen Ursprungs. Von Dr. W. Poljakoff. (Deutsch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 44.)

Der Verf. hat bei einer 25jähr. Pat., die seit dem 12. Lebensjahre an einer Reihe von hysterisch-nervösen Erscheinungen litt, Hämaturie beobachtet, die sich in gröfseren Intervallen mehrfach wiederholte und einmal von einer Darmblutung abgelöst wurde. Die Hämaturie ist der Verf. geneigt, auf die l. Niere zu beziehen, weil sie auf Druck sehr schmerzempfindlich war, und als Ursache eine Angioneurose im Sinne Klemperers anzunehmen. Es ist bereits früher einmal (cf. Jahrgang 1899) darauf hingewiesen worden, dafs wir mit der Diagnose „Angioneurose" doch recht vor-

sichtig sein sollen, oft genug hat sich nachträglich eine anatomische Grundlage für die Blutungen gefunden, und auch im vorliegenden Falle, in dem nicht einmal durch Kystoskopie die Intaktheit der Blase festgestellt wurde, läge nichts gegen die Annahme von gutartigen Papillomen, Stein u. dgl. vor.

L. Manasse-Berlin.

Traitement du rein mobile. Von E. Forgue. (Nouv. Montpellier méd. 1899, Nr. 8.)

Die Indikationen für eine operative Behandlung der Wanderniere sind in letzter Zeit bedeutend zahlreicher geworden, vor allem auch deshalb, weil der Eingriff viel von seiner Gefährlichkeit verloren hat. Doch soll nicht der Grad der Nierenverlagerung, sondern nur die Intensität der Symptome bestimmend für einen operativen Eingriff sein. Bei Fällen mit neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen, ferner bei solchen mit Beschwerden seitens des Uterus und der Leber, ebenso auch bei schlechtem Ernährungszustand ist eine orthopädische Behandlung indiziert. Eine operative Behandlung ist bei heftigen Schmerzen, bei dyspeptischen Beschwerden, gewissen Formen von Gastralgie angezeigt; ferner auch dann, wenn eine Bandage nicht vertragen wird, oder wenn es zu intermittierender Hydronephrose und Pyelonephritis kommt. Dreysel-Leipzig.

2. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Treatment of enuresis diurus. Von Vetlesen. (Christiania Laegevidens koben October. Ref. Brit. Med. Journ. Dec. 16. 1899.)

V. sah in 7 Fällen dieser Erkrankung von einer Behandlung mit 2 Teilen pulvis Belladonnae auf einen Teil Opium in pulvere gute Erfolge. Die Gesamtdosis ist verschieden, je nach dem Alter. V. hält die Erkrankung, welche häufig erblich ist, für durch Störungen in der Sphincterinnervation verursacht und gründet darauf die eben erwähnte Therapie, durch welche der Blasen- und Sphinctertonus gehoben werden soll.

v. Hofmann-Wien.

Harnverhaltung. Von Peyer. (Wiener med. Presse. Nr. 5 und 6. 1900.)

P. bespricht die verschiedenen Ursachen der Harnverhaltung in ausführlicher Weise. Die häufigste ist wohl die Prostatahypertrophie, wo es sich allerdings meist um chronische Harnverhaltung handelt. Dann folgen die Harnröhrenstrikturen und der entzündliche Verschluss. Sehr interessant ist der Abschnitt, welcher von der nervösen Ischurie handelt. Die Diagnose dieser Affektion stellt man nach P. unter Berücksichtigung der Anamnese aus der Thatsache, dass man nach längerem Widerstande oft mit einem plötzlichen Ruck mit dem Katheter in die Blase gleitet. Auch wird der Katheter beim Zurückziehen nicht festgehalten, wie dies bei Strikturen der Fall ist. Am besten kommt man mit dicken Metallsonden vorwärts, nur

muss man langsam und zart vorgehen. Sehr wichtig ist auch das Kapitel über Atonie der Blasenmuskulatur, wie sie besonders infolge anhaltender Überausdehnung der Blase eintritt. Dieselbe kann aber auch durch fettige Degeneration der Blasenmuskulatur, sowie durch chronische Entzündungen des submucösen Gewebes verursacht werden. Die einzig wirksame Therapie bildet 2—3 malige Entleerung des Residualharnes mittelst eines weichen Katheters. Zum Schlusse erwähnt P. noch einige seltenere Formen: Harnverhaltung infolge von Priapismus, von Hindernissen am Orific. ext., von Phimose, von Polypen und Konkrementen in der Harnröhre.

v. Hofmann-Wien.

Hernia of the bladder. (Brit. Med. Journ. Dec. 23. 1899.)

Moynihan berichtete in der Leeds and West Riding Medico Chirurgical Society über 3 Fälle von Blasenhernien. Bei sämtlichen Pat. konnte die Diagnose erst während der Operation gestellt werden und zwar fand sich die Blase stets an der Innenseite des Bruchsackes und war von einer reichlichen Fettschicht umgeben. Die Blase wurde bei der Operation niemals verletzt. v. Hofmann-Wien.

Hématurie par varices de la vessie. Von A. Hobeika. (Thèse de Lyon 1899.)

In der Blasenwandung kann man nach H. drei Lagen von Venen unterscheiden:

1. Die tiefen, oder Schleimhautvenen,
2. die mittlere, oder intermuskuläre Schicht,
3. die oberflächliche, oder subperitoneale Schicht.

Verf. bespricht diese einzelnen Arten genauer und verbreitet sich dann über die Blasenblutungen, die bei Konstitutionskrankheiten (Skorbut, Purpura), schweren Infektionen auftreten. — Das konstanteste und wichtigste Symptom der Varicen der Blase ist die Hämaturie. Sie erscheint ohne erkennbare Ursache und kann lebensgefährlich werden. Bei der Behandlung sind Styptica anzuwenden. Dreysel-Leipzig.

Fibrome du sacrum, compression des uretères et néphrite consécutive. Von L. Dekeyser. (Journ. Méd. de Bruxelles 1899, 16. Nov.)

Der 32jährige Kranke Ds litt seit 10 Tagen an ausgebreiteten Ödemen, die trotz aller Diuretica mehr und mehr zunahmen. Der Urin war anfangs vollständig normal, später enthielt er Eiweifs und Nierenelemente, während die Menge wesentlich verringert war. Der Kranke ging schliefslich an Urämie zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich in der linken Fossa iliaca ein vom Kreuzbein ausgehendes kindskopfgrofses Fibrom, das die Ureteren komprimierte und zu einer Dilatation des linken Harnleiters geführt hatte. An beiden Nieren, besonders der linken, war interstitielle und parenchymatöse Nephritis mit cystischer Erweiterung der Harnkanälchen vorhanden. Der Tumor war zu Lebzeiten nicht diagnostiziert worden.

Dreysel-Leipzig.

Ruptures de la vessie chez la femme. Von Fratkine. (Ann. russes de chir. 1899, t. III. fasc. 3.)

Die Fälle von Blasenruptur beim Weibe sind sehr selten. Verf. berichtet über einen derartigen Fall bei einer Gravida im 6. Monat. Die ersten Symptome waren heftige Schmerzen, Kollaps, Hämatom der linken grofsen Schamlippe. Ein von der Vagina aus fühlbarer Tumor lag, wie sich bei der Laparotomie zeigte, extraperitoneal. Der Tumor wurde von der Vagina aus incidiert; es entleerten sich aus ihm grofse Mengen Blut und Urin. Tamponade, Drainage, Heilung. Der aus der verletzten Blase ausgetretene Urin hatte also in dem perivesikalen Zellgewebe eine Tasche gebildet, die mit der Blase in Verbindung stand. Dreysel-Leipzig.

Deux cas de diverticules de la vessie. Von Dr. J. Verhoogen (Bruxelles). Société belge de chirurgie 24. Juni 1899.

Zwei Fälle werden eingehend geschildert, deren Ätiologie bezw. Pathologie der Redner nach allen Richtungen hin bespricht, ohne Gewifsheit über diese Verhältnisse zu gewinnen. Bei dem ersten Falle bleibt die Frage offen, ob ein Divertikel der Blase oder enorme Erweiterung der rechten Uretermündung die Veranlassung zu fortgesetzter Eiterung waren und ob sich wiederholt lithotripierte Steine in diesen Erweiterungen gebildet oder nur abgelagert haben; der andere Fall läfst die Differentialdiagnose zwischen einem apfelsinengrofsen Divertikel (mit 2 Steinen) der Blase und einem nach der Blase durchgebrochenen pericoecalen Abscefs offen, mit wesentlich mehr Wahrscheinlichkeit für ersteren Fall.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Behandlung der Ektopie der Blase. Von Ed. Mazel. (Beiträge zur klin. Chirurgie 1899, März.)

Die idealste Behandlung der Blasenektopie würde die sein, die von den Resten der Blase eine künstliche Blase herstellt; ein derartiges Verfahren ist jedoch deshalb nicht möglich, weil eine solche künstliche Blase nicht funktionsfähig sein würde. Nach Verf. ist die zur Zeit beste Methode die Implantation der Ureteren in die Flexura sigmoidea. In den letzten 6 Jahren sind hiermit 85,7% Heilungen mit dauerndem Erfolg erzielt worden; nur ein Fall ging 15 Monate nach der Operation an Pyelitis zu Grunde.

Dreysel-Leipzig.

Partial retention of urine — its consequences and treatment. Von A. A. Warden. (Edingburgh Med. Journ. 1899, Juli.)

Verf. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose einer partiellen Urinretention, da nur hierdurch und durch eine entsprechende Behandlung einer Cystitis vorgebeugt werden kann. Die ersten Symptome sind hartnäckige Darmbeschwerden und nächtliche Polyurie. Hauptaufgabe der Behandlung ist, die Blase oft und in aseptischer Weise zu entleeren.

Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von neuntägiger Anurie. Von M. Gnesda. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899, Heft 3—4.)

Bei dem Falle G.s handelte es sich um eine 41jährige Frau, die früher

wegen eines Uteruskarcinoms operiert worden war. Vier Jahre nach dieser Operation stellten sich Schmerzen im Hypogastrium ein. Eine bald darauf auftretende Polyurie wich sehr bald einer vollständigen Anurie; man führte die letztere auf ein Karcinomrecidiv zurück. Bei der Nephrotomie fand sich die Niere hypertrophisch, das Becken aber leer, die Arterie pulsierend; eine Ursache für die Anurie war nicht aufzufinden. Am 9. Tage starb die Frau plötzlich, nachdem das Befinden vorher ein völlig gutes gewesen war. Bei der Autopsie fand sich als Ursache der Anurie eine Embolie der Nierenarterie. Diese mufste erst nach der Operation eine vollständige geworden sein, denn bei der Freilegung der Niere war noch Pulsation an der Arterie vorhanden gewesen. Die Ursache der Embolie war eine Endocarditis vegetans, die ganz symptomlos verlaufen war. Dreysel-Leipzig.

L'étiologie de la cystite infectieuse. Von Dr. van Calcar. (Annales des mal. des org. gén. urin. 1899, Nr. 12.)

Der Verf. hat eingehende klinische und experimentelle Tierstudien vorgenommen. Er wies nach, dafs in einer grofsen Anzahl von Fällen die Infektion nicht durch die Harnröhre erfolgt, sondern vom Darm aus und zwar direkt nicht etwa auf dem Umwege durch die Nieren oder den Blutkreislauf.

Aller Wahrscheinlichkeit nach erfolgt die Bakterieninvasion durch die subperitonealen Lymphbahnen.

Die Infektion der Blase wird begünstigt durch Retention und Dilatation.

Als Beweis für diese Behauptung führt er an, dafs die Mikroorganismen der Harnröhre meist völlig verschieden sind von denen, welche wir bei der Cystitis finden, dafs ferner die Harnröhre, die gesunde sowohl wie die kranke, nahezu vollständig steril ist gegen das Bacterium coli, welches als der spezifische Mikroorganismus des Blasenkatarrhs angesehen werden kann und dafs ferner bei den zur Infektion prädisponierenden Zuständen die Mikroben der Urethra keine Tendenz zeigen, sich nach den tieferen Teilen hin auszubreiten; andererseits kommen die bei der Cystitis beobachteten Bakterien zu allermeist im Darm vor und findet unter dem Einflufs pathologischer Umstände eine Infektion statt, so sind die Krankheitserreger eher in der Blase nachzuweisen, als in dem den Ureteren entnommenen Urin.

Als klinisch wichtig ergiebt sich hieraus, dafs bei bestehender Retention und Dilatation nicht nur für eine regelmäfsige und vollständige Entleerung der Blase, sondern ebenso auch des Rektums gesorgt werden müsse. Ganz besondere Beachtung erfordern die Zustände, bei denen neben flüssigem Kot noch feste Skybala vorhanden sind, denn einmal verursachen die letzteren oft kleine oberflächliche Schleimhautverletzungen, welche zu Infektionspforten werden können, und andererseits sind gerade die flüssigen Massen Träger des Bacterium coli und sicherlich in viel höherem Grade geeignet zu infizieren als die harten Stücke. König-Wiesbaden.

Das Urotropin in der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege. Von S. Ehrmann. (Wiener med. Presse, 1899, Nr. 25.)

Verf. teilt die Erfahrungen mit, die er bei der Behandlung einiger



bakterieller Erkrankungen der Harnwege mit dem Urotropin gemacht hat, es kamen dabei Cystitis, Bakteriurie und viele Fälle von urethritis poster. chron. in Betracht. Am schnellsten trat Klärung des Harns bei Cystitis, auch bei gonorrhoischer, ein, bei Bakteriurie erfolgte nach 2—3 monatlicher Darreichung von 1,5—1 gr pro die dauernde Heilung. Sehr günstigen Erfolg konstatierte er bei der chronischen Urethritis posterior, in fast allen Fällen klärte sich der Harn nach wenigen Tagen, wenigstens die zweite Portion, so dafs eine alleinige Behandlung der pars anterior zur definitiven Heilung führte. Jedenfalls ist der Wirkungskreis des Urotropins in Bezug auf bakterielle Erkrankungen der Harnwege ein nicht geringer.

Thümmel-Leipzig.

Über Currettement der Harnblase. Von Dr. Le Clerc-Dandry. (Journ. médic. de Bruxelles, April 1899.)

Verf. empfiehlt bei hartnäckigen Cystitiden das Curettement der Vesica als erfolgreiches Mittel, das vorsichtig und aseptisch ausgeführt nach seiner Ansicht vollkommen ungefährlich ist. Für den Löffel ist allerdings nur der Blasenhals und das Lieutaudische Dreieck erreichbar, dies genügt aber für die meisten Fälle, da diese Stellen eben der Hauptsitz der Erkrankung sind. Gröfsere Blutungen brauchen bei der Menge der zur Blutstillung verfügbaren Mittel nicht vor dem Eingriff abzuschrecken. Verf. sieht die Auskratzung der Blase für eine viel mildere und in therapeutischer Hinsicht bessere Operation an als die Anlegung einer suprapubischen oder vaginalen Fistel.

Thümmel-Leipzig.

Haarnadeln in der weiblichen Blase. Von O. Wendel. (Beiträge zur klin. Chirurgie 1899, März.)

Verf. berichtet über 9 diesbezügliche Fälle. In einzelnen von diesen hatten sich um die Nadeln herum Steine gebildet. In der Mehrzahl der Fälle konnten die Nadeln ohne Schwierigkeit durch die dilatierte Harnröhre entfernt werden.

Dreysel-Leipzig.

Bericht über 630 stationär behandelte Steinkranke. Von Dr. Assendelft (Vetoschkino). (Archiv f. klin. Chirurgie. 60. Bd., III. Hft.)

In den letzten 20 Jahren hat Verf. 630 Steinkranke behandelt; 600 wurden operiert, 30 blieben unoperiert; 616 gehören dem männlichen Geschlechte, 14 dem weiblichen an. 86,5 % der Gesamtzahl standen im Alter bis 20 Jahre und nur 13,5 % betreffen die weiteren Lebensdecennien bis zum 65. Jahre.

Von den 30 unoperiert gebliebenen Steinkranken verweigerten 6 eine Operation, bei 13 mit Steinbeschwerden Aufgenommenen konnte kein Stein nachgewiesen, die übrigen kamen in hoffnungslosem Zustand in die Anstalt und starben nach wenigen Tagen zum gröfsten Teile in urämischem Zustande. Es wurden folgende Operationen ausgeführt:

35 mal Sectio lat. mit 3 Toten,
38 mal Sectio med. mit 2 Toten,
460 mal Sectio alta,

28 mal Urethrotomia ext. wegen Einklemmung des Steines in Urethra mit 3 Todesfällen,

16 mal genügte die blutige Dilatation der Harnröhrenöffnung allein zur Entfernung des Steines,

2 mal wurde die Lithotripsia urethralis ausgeführt,

12 mal Litholapaxie,

4 mal Lithotripsie mit nachfolgender Dilatation der weiblichen Urethra,

2 mal Dilatation der weiblichen Urethra allein,

1 mal bei grofsem Stein einer Erwachsenen durch Colpocystotomie und die Naht primäre Heilung,

1 mal Steinbildung nach Episiocleisis wegen komplizierter Blasenscheidenfisteln. Blutige Erweiterung der äufseren Fistelöffnung,

1 mal Nephrolithotomie,

11 mal schlofs sich an die Phimosenoperation die blutige Erweiterung der Urethralöffnung zur Entfernung des Steines an.

Wegen Recidivs nach ausgeführtem hohen Blasenschnitt wurde nach 1 resp. 8 Jahren die Sectio alta bei 3 Fällen nochmals gemacht. Zwei durch die Sectiona med. Operierte wurden später durch Litholapaxie von ihrem Recidiv befreit.

Der Krankheitsverlauf der 12 durch Litholapaxie Operierten war fieberfrei; eine kystoskopische Untersuchung hat niemals stattgefunden.

Bei der Sectio alta wurde in keinem Falle eine Blasennaht ausgeführt, sondern nur Blasendrainage und Etagennaht der Bauchdeckenwunde bis auf das Lumen des Drains. Von 327 Operierten im Alter bis 20 Jahren starben 6; Mort. 1,8. Von 31 Operierten der weiteren Decennien 7, Mort. 22,5. 70,1 % der Gesamtzahl weisen einen fieberfreien Verlauf nach der Operation auf, 8,3 % ein hohes Fieber und 3,6 % der Gesamtzahl letalen Ausgang. Scheidet man aber 5 Todesfälle, von denen 3 mit Blasenkrebs, 1 mit Enteritis follicul. und putridem Bronchialkatarrh und 1 mit croupöser Pneumonie kompliziert war, aus, so bleibt nur eine Mortalität von 2 %.

Verf. kommt zu dem Schlufs, dafs in den Staaten des Westens mit ihrer ausgedehntesten Spezialisierung im medizinischen Können die Litholapaxie als die Operation der Wahl bei Erwachsenen gilt, dafs in Rufsland jedoch in seiner immensen Ausdehnung mit seiner gegenwärtig zu geringen Zahl von Ärzten es nicht zu erwarten ist, dafs sich in nächster Zeit eine genügende Zahl zur Vornahme der Litholapaxie kompetenter Specialisten ausbilden werde. Aus diesem Grunde wird in den Berichten russischer Chirurgen die Sectio alta vor der Litholapaxie einstweilen prävalieren.

S. Jacoby-Berlin.

A propos d'un calcul de la vessie chez un enfant. Von A. Callionzis. (Anjou méd. 1899, Févr.)

C. entfernte durch Blasenschnitt einen taubeneigrofsen Stein bei einem 10jährigen Kinde. Bei der Ausspülung der Blase wurden zwei linsengrofse Echinococcusblasen mit entleert. Das Kind starb 8 Tage nach der Operation



an Anurie und Urämie. Bei der Autopsie fand sich eine Pyelonephritis, aufserdem waren in der linken Niere und an der unteren Fläche der Leber kleine Echinococcusblasen vorhanden. Dreysel-Leipzig.

Les calculs vésicaux chez la petite fille. Von Metayer. (Thèse de Bordeaux 1899.)

Blasensteine bei kleinen Mädchen sind selten und stammen meist aus der Niere. Sie bestehen aus Uraten oder Oxalaten. Hämaturie ist ein seltenes Symptom. Diagnostisch giebt die Radiographie die zuverlässigsten Resultate. Ist der Stein klein, dann kann er durch die dilatierte Harnröhre entfernt werden. Harnröhrenschnitt und Vorgehen von der Vagina aus sind zu verwerfen. Bei grofsen und harten Steinen ist vielmehr der hohe Blasenschnitt indiziert. Die sofortige Naht der Blasenwunde giebt bei Kindern ausgezeichnete Resultate. Dreysel-Leipzig.

Infiltration d'urine due à un calcul chez une nourrison de 15 mois. Von Durand. (Revue de Chirurgie 1899, III, 442.)

D. teilt einen ebenso interessanten wie auch wohl einzig dastehenden Fall mit; ein 15 Monate altes Kind bekommt plötzlich eine sehr starke Anschwellung des Skrotum und Penis. Bei einer eintretenden starken Harnausscheidung geht ein Stein mit ab. Die Harninfiltration wurde durch Operation beseitigt und 2 Tage lang ein Dauerkatheter eingelegt, der aber schlecht vertragen wurde. Es trat vollkommene Heilung ein.

Thümmel-Leipzig.

Un calcolo di ossalato di calcio nell'uretere emesso col massaggio. Von Gazzarrini. (Ord. dei med. della prov. di Pisa 1899.)

Es gelang G. durch Massage aus dem Ureter einen Stein zu entfernen, der aus oxalsaurem Kalk bestand, von ovaler Gestalt war und dessen Gröfse 13 : 7 mm betrug. Dreysel-Leipzig.

A simplified method and apparatus for maintaining the so-called lithotomy position during operations on the perineum etc. von Lucy. (Brit. Med. Journ. Oct. 28. 1899.)

Da man bei den meisten Apparaten, welche den Pat. in Steinschnittlage erhalten sollen, durch eine die Knie auseinander spreizende Querstange am Einführen von Kathetern etc. behindert wird, hat L. eine Vorrichtung ersonnen, durch welche diesem Übelstand abgeholfen werden soll. Es werden nämlich mittelst Riemen je ein Brettchen an der Aufsenseite der Oberschenkel befestigt. Diese Brettchen sind mit je einem starken Lederriemen versehen. Zieht man an denselben an, so weichen die Knie auseinander und man braucht nur diese Riemen mit einem breiten, um den Nacken gelegten Lederriemen zu verknüpfen, um die gewünschte Position zu einer dauernden zu gestalten. von Hofmann-Wien.

Lokalbehandlung der Blase nach der Lithotripsie. Von S. Grosglik. (Medycyna 1899, p. 905.)

Die Schlufsfolgerungen G.s lauten:

1. Bei der Mehrzahl der Fälle von Blasensteinen, die nicht mit Cystitis

und Urinretention kompliziert sind, ist nach der Lithotripsie jede lokale Behandlung kontraindiziert. Eine solche mufs im Gegenteil sofort eingeleitet werden, wenn eine der genannten Komplikationen vorhanden ist.

2. Bei Fällen von leichter Cystitis macht man vor der Operation Ausspülungen mit schwachen Arg. nitr.-Lösungen und fährt damit nach der Operation bis zum Schwinden aller Symptome fort.

3. Bei Urinretention und hartnäckiger Cystitis sind Katheterismus und systematische Blasenausspülungen am Platze.

4. Verweilkatheter mufs in Anwendung kommen, wenn nach der Lithotripsie stärkere Blutungen in Harnröhre und Blase stattfinden, oder wenn fieberhafte Cystitis vorhanden ist. Dreysel-Leipzig.

Traitement chirurgical de l'anurie calculeuse. Von E. Forgue. (Nouv. Montpellier méd. 1898, N. 10.)

Sobald die Diagnose einer durch Steine verursachten Anurie gesichert ist, sollte unverzüglich operiert werden. Von grofser Wichtigkeit, und mitunter sehr schwer, ist die Bestimmung der erkrankten Seite. Befindet sich der Stein im unteren Teile des Ureters, dann mufs er durch Incision des letzteren entfernt werden. Meist ist jedoch das obere Ende des Harnleiters der Sitz der eingeklemmten Steine; in diesem Falle ist die Nephrotomie indiziert. Sie ist der Ureterotomie überlegen. Man stöfst den Stein entweder hinab nach der Blase zu, oder bringt ihn nach oben in die Wunde. Ist er sehr fest eingekeilt, dann wird der Ureter incidiert und darnach sogleich wieder vernäht. Dreysel-Leipzig.

Symptomatologie der Tuberkulose der Harnwege. Von Goldberg. Münch. Med. Wchschr. 1899, 46. Allgem. Ärztl. Verein Köln. Diskussion: Leichtenstern.

Die Erscheinungsweise der Tuberkulose der Harnwege ist eine äufserst vielgestaltige. Nicht ein Symptom an und für sich, sondern nur das Gesamtbild ermöglicht die Diagnose sowohl der Natur als auch des Sitzes der Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Da nun die exakten Mittel der Diagnostik, Bakteriologie und Endoskopie in vielen Fällen versagen, ist es von grofser Wichtigkeit, die Symptome genau zu kennen. Vortr. analysiert dieselben auf Grund von etwa einem halben Hundert eigener Beobachtungen.

Pollakiurie ist sehr häufig. Sie fehlt öfter bei Sitz in den Nieren, als bei Sitz in der Blase. Meistens ist in späteren Stadien der Blasentuberkulose die unabänderliche, immerzu gleichbleibende Häufigkeit der Miktion charakteristisch; sie wechselt nicht, wie bei Prostatikern, und sie ist wenig abhängig von Ruhe und Bewegung, wie bei den Steinkranken.

Pyurie wird selten vermifst. Der Eiter ist teils mit dem Urin innig vermischt, teils in Krümeln und Bröckeln verteilt, die schnell sich absetzen; die Menge ist nach Sitz, nach Grad und nach Stadium der Erkrankung verschieden. Manche tuberkulöse Eiterharne setimentieren nicht. Der Eitersatz wird gar nicht oder erst nach Tagen rotzig.

Hämaturie ist fast ebenso konstant, als Pyurie; selten, dafs sie nicht wenigstens in irgend einem Stadium einmal vorkam. Man kann 4 Arten beobachten: 1. Pyohämaturie, innige Mischung von Blut und Eiter im ganzen Harn; 2. postmiktionelle Hämaturie, 3. Blutgerinsel, Blutfasern, Bluteiterbrocken sind dem im übrigen gelben Urin beigemengt; 4 eiterfreie Hämaturie, profus, intermittierend, kommt und schwindet spontan, ganz analog den intermittierenden Tumorhämaturieen.

Schmerzen haben einige wenige meiner Patienten trotz hochgradiger Cystopyelonephrotuberkulose nie gehabt. Die meisten klagen sehr. Folgende Arten kommen vor: 1. Nierenharnleiterkolikanfälle bei gleichzeitiger Pyohämaturie; 2. anhaltende dumpfe Schmerzhaftigkeit in der einen oder beiden Nierengegenden; 3. Schmerzen, die an die Miktion gebunden sind, zum Schlufs der Miktion sich steigern und in den Leib hinein, nach den Flanken zu (besonders bei Frauen) oder nach dem After und der Eichel ausstrahlen; 4. Schmerzen, die, aufser zur Zeit der Miktionen, auch beim Sitzen, beim Aufstehen, bei Bewegungen in der Blasen- und Dammgegend eintreten; 5. endlich anhaltende, hochgradige, bei den Miktionen sich noch steigernde Blasenschmerzen. —

Leichtenstern hat eine Blasenharnleiternierentuberkulose unter dem Bilde des Diabetes insipidus verlaufen sehen. Die Pat. entleerte dauernd täglich 8—10 Liter schwach getrübten, Tuberkelbazillen enthaltenden Harn unter heftigen Harnröhren- und Blasenschmerzen.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Des indications et contre-indications de la suture de la vessie après la cystotomie supérieure. Neuf cas de cystotomie supérieure par extraction de calculs. Von J. Dsirnet. (Wratsch 1898, Nr. 47 und 48.)

Nach D. giebt die unmittelbar nach dem hohen Steinschnitt angelegte Blasennaht keine besonders guten Resultate. Sie ist überhaupt nur dann zulässig, wenn die Reaktion des Urins eine sauere, und keine Blasenentzündung vorhanden ist. Nur ausnahmsweise wird die vollständig vernähte Blasenwunde per primam heilen. Auch bei normalem Urin kommt es meist zur Urininfiltration und damit zu einer sich verzögerten Heilung. Die beste Methode, die Blase nach dem hohen Steinschnitt zu schliefsen, ist die von Rasumowsky. Verf. berichtet über 9 Fälle, bei denen er sich des R.schen Verfahrens bedient hat.

Dreysel-Leipzig.

Die Totalexstirpation der Harnblase nahm Krause (Ärztl. Verein Hamburg, Münch. med. Wchschr. 1899, 43) bei einem 17jährigen Jüngling vor. Schmerzen in Nieren- und Blasengegend, Fieber, Schüttelfröste, Pyurie, Hämaturie; cystoskopisch Tumor nachgewiesen; Sectio alta, ganze Blase von Tumormassen angefüllt; Totalexstirpation; Einnähung der Harnleiter in die Flexura sigmoidea. K. hält den Harn 5 Stunden; nachts Gummirohr ins Rectum. Bisher keine aufsteigende Infektion.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Estirpazione completa della vesica urinaria. Von Turetta. (XIII. Kongress der italien. chir. Ges. Turin 1899.)

T. berichtet über einen Fall, bei dem er wegen zahlreicher Papillome die gesamte Blase exstirpieren mufste. Die Ureteren wurden in das Rektum implantiert. Der Kranke starb 16 Tage nach der Operation an ascendierenter Pyelitis. Dreysel-Leipzig.

Ein neues Kystoskop zum Katheterismus der Ureteren. Von Schlifka. (Wiener klinische Wochenschrift 1900, Nr. 1.)

Das Instrument ist der Hauptsache nach dem Casperschen nachgebildet, unterscheidet sich aber von demselben durch das in Verwendung gezogene Albarransche Züngelchen. Den wesentlichsten Unterschied dem Nitzeschen Ureterenkystoskope gegenüber bildet die auf 4 mm reduzierte Distanz zwischen dem Prisma und dem Ende des Sondenkanals. Dies bildet den Hauptvorteil des Instrumentes, da auf diese Weise die Spitze des Ureterenkatheters schon im Gesichtsfelde erscheint, wenn derselbe blofs um 6 cm vorgeschoben wird. von Hofmann-Wien.

3. Erkrankungen der Prostata.

An improved prostatic catheter. Von Cousins. (Brit. Med. Journ. 6. Jan. 1900.)

C. hat schon im Jahre 1897 einen Metallkatheter mit biegsamen Schnabel und geknöpftem Ende für die Behandlung von Urethralstrikturen empfohlen. Ein ähnliches Instrument (es ist nur der Schnabel grösser und das Auge genau in dessen Mitte) verwendet er jetzt mit gutem Erfolge bei Prostatahypertrophie. v. Hofmann-Wien.

Traitement des Suppurations prostatiques. Von Guiard. (Annales des malad. des org. génit.-urin. 1899, Nr. 12.)

Verf. bespricht das Für und Wider der verschiedenen chirurgischen Behandlungsarten der Prostataabscesse. Er kommt unter Mitteilung einiger selbstbeobachteter Fälle zu der Ansicht, dafs die beste Methode die Punktion vom Rektum aus darstelle. Einmal sei sie ungefährlich und auch genügend sicher im Erfolg. Der Einstich soll in Narkose unter Leitung des Auges gemacht werden, indem die Rektalwände seitlich durch Simssche Specula auseinander gehalten werden. Im unmittelbaren Anschlufs an die Entleerung des Eiters nimmt Verf. eine gründliche antiseptische Ausspülung vor.

König-Wiesbaden.

Traitement des rétentions aigues et chroniques chez les prostatiques. Von Brin. (Thèse de Paris 1898.)

Bei der akuten Urinretention der Prostatiker soll man nach B. vornehmlich den Katheterismus anwenden; ist dieser nicht möglich, dann wird die Blase punktiert. Bei infizierter Blase ist die Punktion kontraindiziert weil sie gefährlich und ungenügend ist. In solchen Fällen mufs man zur

Cystotomie greifen. Letztere soll auch dann Anwendung finden, wenn wiederholte Punktionen die Kongestion der Prostata nicht zu vermindern vermögen. Unvollständige Urinretention mit und ohne Ausdehnung der Blase soll mit häufig wiederholtem Katheterismus behandelt werden.

Dreysel-Leipzig.

Über Bottinis galvanokaustische Incision der hypertrophierten Prostata. Von Frisch. (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 48, 1898.)

Verf. berichtet über 10 Fälle von Prostatahypertrophie, welche er nach Bottinis Methode operiert hat. Es handelt sich 8 mal um chronische komplete, 2 mal um inkomplete Harnverhaltung. In vier Fällen trat vollständige Heilung, in einem dauernde Besserung ein, bei einem war die Besserung vorübergehend, drei Fälle blieben resultatlos, ein Kranker starb infolge der Operation. Berücksichtigt man sämtliche bis jetzt operierten Fälle, so wäre das Resultat von 50 % Heilungen und 7,2 % Mortalität ein sehr günstiges. Bei näherer Analyse der publizierten Fälle zeigt es sich, dafs die erzielten Besserungen und Heilungen einerseits nicht ohne weiteres der Bottinischen Operation zugeschrieben werden können, andererseits keine dauernden waren, oder wenigstens zu kurze Zeit beobachtet wurden. Vor allem müssen Angaben über Besserungen bei inkompleter Retention mit der gröfsten Vorsicht aufgenommen werden. Ein voller Erfolg ist nur bei chronischer kompleter Harnverhaltung und bei intakt gebliebener Kontraktionsfähigkeit der Blase zu erwarten. Betreffs der Nachbehandlung rät F. einen Verweilkatheter einzulegen, da die Patienten auch bei vollkommen gelungener Operation die Blase in den ersten Tagen nicht vollständig entleeren und ein öfters wiederholter Katheterismus schädliche Folgen haben könnte.

von Hofmann-Wien.

A report of twelve cases of prostatic hypertrophy benefitted by the Bottini operation, with a few comments and suggestions. Von Guiteras. (New-York, Acad. of Med. 1899, 9. May.)

In sämtlichen Fällen Guiteras war der Erfolg ein guter. 4 prozentige Eucainlösung wurde als Anästhetikum gebraucht, doch verursachte die Operation in den meisten Fällen so viel Schmerzen, dafs Narkose zur Anwendung kam. G. hält die Operation für nützlich in Fällen von starker Urinfrequenz mit Residualharn, besonders bei steigender Menge von Residualharn, bei Cystitis, bei Urinrentention, bei grofsem Tenesmus und Irritabilität der Blase, welche durch Katheterisation und Spülungen nicht gebessert werden können, und endlich in Fällen, wo Katheterisation von Blutung und Cystitis gefolgt ist. Je früher die Operation gemacht werden kann, desto besser. Nierenerkrankung stellt eine Kontraindikation dar. Stein ist keine Kontraindikation. An den Vortrag knüpft sich eine ausgiebige Diskussion.

Barlow-München.

Una speciale indicazione alle resezione dei canali deferenti nei prostatici. Von Redi. (Clin. chir. 1899, Nr. 12.)

Verf. erzielte Heilung einer Prostatahypertrophie durch Resektion der

Vasa deferentia bei einem Kranken, der zu gleicher Zeit an einer Orchitis litt. Diese letztere ist nach R. keine Kontraindikation für die genannte Operation, sondern im Gegenteil eine Indikation mehr.

Dreysel-Leipzig.

Hématurie chez un prostatique traitée par la cystotomie. Von V. Faucon. (Journ. des sc. méd. Lille 1898, Nr. 17.)

Bei dem Kranken F.s, einem Prostatiker, trat 4 Tage nach dem Blasenstich eine starke Hämaturie auf. Bei Eröffnung der Blase fand sich diese ganz mit Blutgerinnseln gefüllt. F. erklärt sich den Mechanismus der Blutung durch die plötzliche und vollständige Entlastung der Venen der Blase und Prostata nach Entleerung der Blase. Dreysel-Leipzig.

Primary malignant disease of the prostate. Von Hurry Fenwick. (Edinburgh, Med. Jour. p. 16. July 99.) (Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pag. 474.)

Der Autor zieht seine Schlufsfolgerungen auf Grund der Beobachtung an 50 Fällen. Er teilt die Geschwülste nach ihrem klinischen Bilde in 2 Gruppen:

1. Harte maligne Geschwülste, ähnlich dem Brustdrüsenscirrhus,
2. Weiche maligne Geschwülste, viel seltener.

Aufser diesen beiden Gruppen trifft man gelegentlich eine gemischte Form.

Der klinische Verlauf der harten Geschwülste produziert 3 ausgesprochene Stadien. Im ersten Stadium fühlt der Finger eine steinharte Partie in dem einen oder anderen Prostatalappen. Zuerst prominiert die Verhärtung nicht. Der gegenüber liegende Lappen ist gesund. Bald aber fühlt sich der letztere ebenfalls härter an, der interlobuläre sulcus aber bleibt. Die Kapsel der Prostata wird mehr und mehr gespannt. Der Beginn ist in 60% aller Fälle klinisch durch häufige Harnentleerung verbunden mit Schwächung des Harnstrahls und Anstrengungen, die Blase zu entleeren, ausgezeichnet. In 16% war das erste Symptom Retention, in 4 Inkontinenz. Da die Krankheit zumeist zwischen 50 und 60 Jahren eintritt, so leiten die Symptome zunächst zur Diagnose einer Prostatahypertrophie. Im zweiten Stadium rupturiert die Kapsel und plötzlich sind sämtliche Symptome geschwunden. Dieses angenehme Stadium ist aber nur von kurzer Dauer und es beginnt ein drittes Stadium, ausgezeichnet durch rapide Emaciation, Befallensein der Becken- und Abdominallymphdrüsen, sowie der Nachbarorgane.

Das beschriebene Symptomenbild ist am deutlichsten, wenn eine gesunde Prostata von Carinom befallen wird. Tritt die Erkrankung zu einer chronischen Prostatitis hinzu, so ist der klinische Verlauf nicht so typisch. Als Behandlung wird rein symptomatisches Verfahren empfohlen.

Weiche maligne Geschwülste sind sehr selten (6 Fälle unter 50), Wachstum sehr rapid. Erstes Zeichen meistens Obstruktion des Rektum. Die Fälle enden meist rasch an Sepsis, während die Fälle mit harten Geschwülsten ca. 3 Jahre halten können. Barlow-München.

4. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Hématomes spontanés de la région scrotale. Von P. Mahen. (Thèse de Paris 1899.)

Die spontanen Hämatome der Regio scrotalis sind selten und entstehen unter dem Einflufs lokaler und allgemeiner Krankheiten (Hämophilie, Anämie, Skorbut, Purpura). Für die Behandlung lassen sich folgende Grundsätze aufstellen:

Ist das Hämatom frisch, dann wendet man die gewöhnlichen Methoden, die eine Resorption begünstigen, an. Bei starkem Schmerz, grofsem Tumor ist eine kapillare Punktion mit folgender Kompression angezeigt. Dasselbe Verfahren ist bei alten Hämatomen, bei denen das Blut noch flüssig ist, am Platze. Ist bereits Gerinnung eingetreten, dann mufs man incidieren.

Dreysel-Leipzig.

Contribution à l'étude des traitements de l'hydrocèle et en particulier de la cure radicale. Von G. Gouffier. (Thèse de Paris 1899.)

G. giebt zunächst eine Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Hydrocele. Als die beste radikale Behandlung hält er das Verfahren von Bergmann (Resektion des parietalen Blattes der Tunica vaginalis), da es einfach, wirksam und ungefährlich ist. Ein Recidiv ist dabei ganz ausgeschlossen. Berichtet über 41 Fälle, die er mit dieser Methode behandelt hat. Dreysel-Leipzig.

Dislocation of testis. Von Keith. (Brit. med. Journ. 1899, Nr. 1957.)

K. berichtet über einen Fall, bei dem infolge eines Traumas der rechte Testikel bis oberhalb des Poupartschen Bandes disloziert wurde. Da alle Repositionsversuche resultatlos blieben, machte K. vom Leistenring bis herab zum Skrotum eine Incision, brachte den Hoden an seine normale Stelle und befestigte ihn hier durch die Naht. Es erfolgte Heilung. Der Hoden war 4 Wochen disloziert gewesen, sein Volumen erschien jedoch vollständig unverändert. Dreysel-Leipzig.

Acute orchitis in a child eleven weeks old. Von Warner. (Brit. Med. Journ. Jan. 13. 1900.)

Bei einem elfwöchentlichen Knaben war scheinbar ohne Ursache unter fieberhaften Erscheinungen bedeutende Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hodens aufgetreten, welche unter Behandlung mit feuchter Wärme und Hochlagerung des Scrotums im Laufe von 4 Wochen vollständig zurückging. Verf. hält trotz der gegenteiligen Angabe der Amme ein Trauma für die Ursache der Erkrankung. v. Hofmann-Wien.

Torsion spontanée du cordon spermatique. Von Barozzi. (Bull. Soc. anat. Paris 1899, Nr. 5.)

Der Fall B.s betrifft einen Kranken, der früher weder an Hodenektopie noch an Gonorrhoe gelitten hatte. Es entwickelte sich bei diesem plötzlich ohne erkennbare Ursache unter heftigen Schmerzen im Skrotum ein Tumor,

der sich längs des Samenstranges bis zum Leistenring verfolgen liefs und der anscheinend eine Hernie darstellte. Bei der Incision zeigte es sich, dafs man es mit keiner Hernie, sondern mit einer Torsion des Samenstranges nahe dem Leistenringe zu thun hatte. An einer Stelle war bereits Gangrän eingetreten, der Samenstrang wurde hier nur noch durch einzelne dünne Zellstränge zusammengehalten. Das periphere Ende des Samenstranges mitsamt dem Hoden ward exstirpiert, darauf erfolgte Heilung.

Dreysel-Leipzig.

Cystoid Disease of the Testicle (Teratoma Testis?). Von Sturgis. (American Medical Quarterly Sept. 1899.)

28 jähriger Mann, der vor 2 Jahren eine Contusion des linken Testikels erlitt. Derselbe schwoll im Anschlufs an die Verletzung an und war sehr schmerzhaft. Die Schmerzen verloren sich, aber die Schwellung nahm trotz verschiedenartiger Behandlung zu und hatte zur Zeit, als S. den Kranken sah, 22 cm im Durchmesser. Samenstrang frei, keine Drüsenschwellung in inguine. Da auch eine antiluetische Behandlung erfolglos blieb, wurde die Semicastratio vorgenommen. Die exstirpierte Geschwulst zeigte sich aus verschiedenartigem Gewebe bestehend: Bindegewebe von embryonalem Charakter, adenomatöses, carcinomatöses Gewebe, Knorpel und glatte Muskulatur. Dazwischen mit nekrotischem Detritus erfüllte Hohlräume, sowie zahlreiche Cysten. Die Operationswunde heilte zwar ziemlich rasch, aber nach wenigen Monaten traten Schmerzen und Ödem der Beine auf, sowie Schwellung der Drüsen in inguine, ohne dafs ein lokales Recidiv nachweisbar gewesen wäre. Dabei war der Kranke, den S. bald aus dem Gesicht verlor, sehr kachektisch. Verf. giebt dann eine statistische Übersicht über 40 ähnliche veröffentlichte Krankengeschichten. Drei hübsch ausgeführte Tafeln tragen wesentlich zum Verständnis der Struktur des Tumors bei.

von Hofmann-Wien.

5. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

A double penis. Von Reppel. (New York med. Journ. 1898, Nr. 20.)

R. beschreibt einen Fall von doppeltem Penis. Das eine Glied besorgte die Urinentleerung, während das andere erektionsfähig war und zur Kohabitation diente.

Dreysel-Leipzig.

Über methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben. Von F. Schilling. (Münch. med. Wochenschrift, 14. März 1899.)

Verf. hat bei Phimosis früher stets operiert, seit 2 Jahren übt er dagegen die Dilatation der kongenitalen und acquirierten Phimose durch Sonden und manuelle Bearbeitung. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 10 Fälle. Mit Daumen und Zeigefinger beider Hände wird die Vorhaut erfafst und sanft zurückgezogen; dieses Manöver wird oft wiederholt.

Federer-Teplitz.

Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis. Von Waitz. (Dtsch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 19.)

Die Behandlung, bestehend in vielfachen Operationen, dauerte 2 Jahre. Die Harnröhre mündete ursprünglich an der Basis des in zwei Hälften geteilten Skrotums. Der Penis war durch einen straffen Strang nach unten gekrümmt; an der Unterseite der Eichel war eine flache Rinne als Andeutung der Harnröhre erkennbar. Verf. stellte zunächst eine Harnröhre im Bereiche der Eichel her, dann durch eine Reihe von Operationen unter ausgiebiger Benutzung des Präputiums die übrige Harnröhre, und erst zuletzt erfolgte der völlige Schlufs des Perineums. Als Bougies, über die der Harnröhrenkanal gebildet wurde, benutzte er Glasröhren, die nicht reizen.

Federer-Teplitz.

Un caso raro di angioma del gliande. Von N. Longo. (Riforma med. 1899, Nr. 233.)

L. konnte an der Glans eines Kindes einen erbsengrofsen, gestielten Tumor beobachten, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein einfaches, im submukösen Bindegewebe gelegenes Angiom erwies. Der Tumor war von einer Kapsel umgeben, die sonst bei Angiomen gewöhnlich fehlt.

Dreysel-Leipzig.

Reproduction experimentale du chancre mou chez le singe. Von Prof. Ch. Nicolle-Rouen. (La Presse Méd. Nr. 88, 4. Nov. 99.

Bei drei verschiedenen Arten von Vierhändern sind Inokulationen des Ducrey-Unnaschen Bazillus mit positivem Ergebnis vom Verf. ausgeführt. Der Eiter stammte von einem typischen Geschwür an der Vulva einer Pat. Tinktoriell geben die Ducreyschen Bazillen bei der Gramschen Färbung negatives Resultat, bei Nachfärbung mit 10 % Fuchsinlösung färben sich diese Bazillen rosarot, die vielfach überdies vorhandenen anderen Bakterien nehmen meist schon die Gramsche Färbung und durch das Fuchsin intensiv violette Färbung an.

1. Positive Impfung bei einem „Semnopitheken“ (Schlankaffen) an der Stirn; Inkubation 48 Stunden; keine Drüsenanschwellung; Wiederimpfung auf das rechte Ohr positiv; Excision eines der entstandenen Schanker zur histologischen Untersuchung; noch die vierte Abimpfung gelingt. Verendet an Enteritis, der häufigsten Todesursache der Affen.

2. Das zweite Impfobjekt — eine nicht näher bestimmte Art — zeigt sich weniger empfänglich, aber nicht absolut refraktär.

3. Eine Meerkatze (cercopithèque) steht hinsichtlich Empfänglichkeit zwischen dem ersten und dem zweiten Affen. Aufser dem typischen Bazillus pflegen beim Menschen ein Pseudodiphtheriebazillus, das Bacter. col. commune, beim Affen dieses seltener, jedoch fast regelmäfsig ein Diplococcus lanceolatus, ähnlich dem Pneumococcus, mit aufzutreten.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hämorrhagie infolge eines phagedänischen Geschwüres der Eichel. Von Boisson. (La Policlinique 1899, Nr. IV.)

Bei einem mit Phimose behafteten 29 jährigen Mann entstand eine Blutung aus dem Orificium praeputii, die durch einen Kompressivverband

stille stand. Es wurde eine Cirkumcision vorgenommen und man fand ein ausgebreitetes Geschwür an der Eichel, mit Blutgerinnsel bedeckt.

Federer-Teplitz.

Desinfektionsversuche mittelst gewöhnlicher Seife. Von Giovannini. (Gazz. med. di Torino 1899, Nr. 45—46.)

Bei einer Anzahl von Patienten wurden Exkoriationen erzeugt und diese mit Eiter aus weichen Schankern infiziert. Die einen wurden mit gewöhnlichem Wasser, die anderen mit Seife abgewaschen. Bei ersteren nützte die Reinigung nichts, bei letzteren jedoch zumeist. Verf. schliefst daraus, dafs der Seife wirkliche antiseptische Eigenschaften zukommen.

Federer-Teplitz.

Ein Fall von chronischer Entzündung und Induration der Corpora cavernosa. Von William R. Cochrane-Knoxville. (New-York med. Journ. 29. April 1899.)

Bei einem Patienten entwickelte sich im Verlaufe von acht Wochen am Dorsum penis 3 cm hinter der Corona eine ovale, $1^1/_2$ cm lange, 1 cm breite Verhärtung, von welcher ein dünner rundlicher Strang zur Wurzel des Penis zieht. Diese Masse besteht wahrscheinlich aus einer Verdickung der Tunica albuginea und des Septum und wahrscheinlich teilweise auch der Corpora cavernosa. Schmerzen bestehen nicht, nur ein Unbehagen bei Erektion. Ein ätiologisches Moment liefs sich nachweisen.

Federer-Teplitz.

Über spontane akute Gangrän der Haut des Penis und des Skrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut. Von Sorgo. (Wiener klin. Wochenschr. 1898, Nr. 49.)

Die spontane, akute Gangrän der Penishaut ist eine seltene Affektion und steht weder mit Allgemeinerkrankungen, noch mit lokalen Ursachen (Trauma, sexuelle Excesse) in Zusammenhang. Sie beginnt ganz plötzlich und zwar mit Rötung und Schwellung der Haut des Penis oder Skrotums. Bald kommt es dann zur Gangrän, aber ohne dafs das tiefer liegende Gewebe in Mitleidenschaft gezogen wird. Zu gleicher Zeit tritt Fieber mit allen Erscheinungen einer allgemeinen Infektion auf. Der Prozefs ist durch Strepto- oder Staphylokokken bedingt, doch ist der Modus der Infektion noch ganz unbekannt. Verf. beschreibt einen Fall eigener Beobachtung, bei dem er den entstandenen Defekt durch einen Lappen vom Abdomen gedeckt hatte.

Dreysel-Leipzig.

Sarkom der Corpora cavernosa. Von W. H. Battle. (Lancet, 25. Febr. 1899.)

Ein 50jähriger Mann leidet seit $2^1/_2$ Jahren an Beschwerden bei der Urinentleerung. Die Operation ergab einen vom linken Corpus cavernosum ausgehenden und bis auf das rechte übergreifenden Tumor, der sich als Spindelzellensarkom auswies. Die Enukleation gelang trotz starker Blutung und Pat. genas. Vier Jahre später starb er an Lungenmetastasen, da er sich bei einem Recidiv der angewiesenen Behandlung entzog.

Federer-Teplitz.

Zur Technik der Harnröhren- und Blasenspülungen nach Janet. Von Ludwig Spitzer. (Dermatol. Centralbl. Bd. 2, Heft 10.)

Verf. bespricht mehrere Modifikationen der Janetschen Methode, wie sie sich an den einzelnen Kliniken eingebürgert haben. Verf. hält die Majocchische Methode für die beste, er hat sie selbst erprobt. Ein doppelläufiges Glasrohr wird bis zum Muskel eingeführt, Zu- und Abflufs geht von selbst von statten. Hierbei wird nicht, wie bei der gewöhnlichen Kanüle, die man ans Orificium ansetzt, dasselbe so oft durch Zudrücken maltraitiert.

Federer-Teplitz.

Fremdkörper in der Harnröhre. Von Friedländer-Berlin. (Dermatologische Zeitschrift Bd. 6, Heft 3.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Fremdkörpern in der Harnröhre. Im ersten Falle hatte ein Mann, um sich nach einem Coitus vor Infektion zu schützen, auf den Rat guter Freunde ein Stück Rettig eingeführt, das seinen Fingern entglitt und nicht herausbefördert werden konnte. Erst nach Zerstückelung mit einer Schere konnten die einzelnen Teile entfernt werden. Bei einem zweiten Patienten inkrustierten sich zwei früher schon verengte und beim Sondieren verletzte Stellen mit Konkrementen von phosphorsaurem Kalk und verhinderten auf diese Weise den Abflufs des Harns.

Federer-Teplitz.

Ruptures interstitielles de l'urètre et rétrécissements consécutifs. Von Baron. (Presse méd. 1899, 11. Mai.)

Verf. versteht unter interstitieller Ruptur der Harnröhre eine solche, bei der die Verletzung sich im Corpus cavernosum urethrae befindet, während Schleimhaut und interstitielles Gewebe intakt sind. Er beschreibt zwei diesbezügliche Fälle. Die Symptome bestanden bei diesen vorwiegend nur in heftigen Schmerzen, während blutiger Urin ganz fehlte. Die später sich entwickelnde Striktur wurde in beiden Fällen durch die interne Urethrotomie beseitigt. Bei dem einen Falle bildete sich aber nach der Operation eine Enuresis nocturna aus. Dreysel-Leipzig.

Harnröhrenstriktur bei einem 11jährigen Knaben. Von Dr. Hugo-London. (British Medical Journal, Juli 1899.)

Verf. berichtet über einen Fall von Harnröhrenstriktur bei einem 11jährigen Knaben, der mit kompleter Urinretention zur Behandlung kam. Der Knabe war 2 Jahre vorher von einem Baume gefallen, hatte sich dabei einen Arm gebrochen, eine Verletzung des Harnapparates war aber damals nicht konstatiert worden. 2 Monate später klagte derselbe über Schmerzen im Damm und über erschwertes Urinieren. Der Urin entleerte sich später aus einer am Damm entstandenen Öffnung. Die Fistel blieb 2 Jahre bestehen, stets hatte der Pat. Schwierigkeiten beim Wasserlassen, bis eine vollständige Retention eintrat. Bei der Untersuchung fand man die Vesica bis zum Nabel reichend, auf dem Damm eine schmale Narbe, die Öffnung der jetzt geschlossenen Fistel. In der Chloroformnarkose gelang es, einen Silberkatheter Nr. I einzuführen und die Blase zu entleeren. Die Striktur befand

sich in der Pars bulbosa. Verf. liefs den Katheter 24 Stunden liegen. Am anderen Tage war die Striktur mit Leichtigkeit für Katheter IV durchgängig, schliefslich auch für Katheter Nr. VII. Ein Stein fand sich nicht. Interessant bei diesem Falle ist neben der Jugend des Pat. vor allem die ungewöhnliche Leichtigkeit, mit welcher die Striktur gehoben wurde.

Thümmel-Leipzig.

Use of electrolysis in urethral stricture. Von Sanders. (New England med. Gaz. 1898, Nr. 9.)

Nach S. ist die elektrolytische Behandlung der Harnröhrenstrikturen vor allem unter folgenden Umständen indiziert:

1. Bei sehr empfindlichen, nervösen Menschen.
2. Bei weichen Strikturen, die ihren Sitz nahe der Vereinigung des Penis mit dem Skrotum haben, da es an dieser Stelle am leichtesten zu einer Blutung kommt.

Die zwei hauptsächlichsten Methoden sind die von Newmann und Fort. Nur bei ersterer ist eine nachträgliche Sondendilatation unnötig.

Bei entzündeter Harnröhre darf die Elektrolyse niemals zur Anwendung kommen; man kann sowohl den galvanischen als auch den faradischen Strom gebrauchen; seine Stärke soll 6—8 Milliampères betragen, 10 aber jedenfalls nicht übersteigen.

Dreysel-Leipzig.

The Treatment of Urethral Stricture. Von Nicoll. (Brit. Med. Journ. 21. Okt. 1899.)

Im wesentlichen eine Empfehlung von geknöpften, ziemlich dünnen Metallsonden, welche in einiger Entfernung vom Ende spindelförmig aufgetrieben sind. Dadurch soll einerseits das Entrieren der Striktur erleichtert, andererseits eine übermäfsige Dehnung des Orificium ext. vermieden werden. Aufserdem finden sich in der vorliegenden Arbeit Bemerkungen über die pathologische Anatomie der Strikturen, über Kathetersterilisation etc., jedoch nichts wesentlich Neues.

v. Hofmann-Wien.

Hemorrhage as a complication of internal urethrotomy. Von Th. Myles. (Med. Press and Circular 1898, Nr. 22.)

M. hat nach der internen Urethrotomie bei 5 Fällen starke Hämorrhagie beobachtet, von denen zwei tödlich verliefen. Seine Behandlung bei derartigen Blutungen besteht in Incision des Perineums und Kompression der blutenden Stelle.

Dreysel-Leipzig.

Sterilisation of catheters and bougies. Von Nicoll. (Annals of Surgery. Ref. Brit. Med. Journ. Nov. 18. 1899.)

Während Metall- und Kautschukkatheter durch Auskochen bequem sterilisiert werden können, ist diese Methode bei den elastischen Gummikathetern und Bougies unausführbar. Es giebt überhaupt keine Methode, um diese Instrumente, wenn sie einmal infiziert sind, sicher aseptisch zu machen. Deshalb empfiehlt N., wenn es sich um septische Fälle handelt, die betreffenden Katheter etc. nach dem Gebrauche zu vernichten. Bei weniger infektiösen Fällen kann man die Instrumente nach skrupulösester mechanischer

Reinigung und Behandlung mit Antisepticis mehrmals verwenden. Einer allzu häufigen Verwendung wird schon durch den destruktiven Einflufs der Antiseptica auf den Überzug der Katheter Einhalt geboten.

von Hofmann-Wien.

Zum Selbstkatheterismus. Von Goldberg. Münch. med. Wchschr. 1899, 46. Allg. ärztl. Ver. Köln.

G. berichtet mehrere Krankengeschichten von solchen Prostatikern, die sich nach seiner „Anweisung zum Selbstkatheterismus" ein ganzes Jahr lang wegen chronischer, teils inkompleter, teils kompleter Retention Tag für Tag 2—5 mal katheterisiert haben: eine Infektion ist nicht eingetreten, obgleich die Patienten niemals ein anderes Spülmittel als Borsäure anwandten, obgleich sie niemals in diesem Jahr Urotropin oder ein sonstiges Harndesinfiziens einnahmen, obgleich sie endlich vorher an schweren Cystitiden laboriert hatten. Bei der Leichtigkeit der Infektion bei Retention sind diese dauernden Erfolge in der Verhütung der Infektion ein glänzender Beweis für die Nützlichkeit der „Anweisung zum Selbstkatheterismus".

Autorreferat: Goldberg-Köln-Wildungen.

Zur Katheterdesinfektion. Von Richard Huldschiner. (Wien. med. Blätter 1899, Nr. 8.)

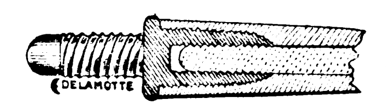
Das Problem der Desinfektion elastischer Instrumente ist noch nicht gelöst. Vielfach wird jetzt Formalin benützt; doch mufs vor dem Gebrauch der Katheter von dem anhaftenden Formalin gereinigt werden.

Trotzdem kann das Formalin noch reizen und eine Entzündung hervorrufen. Bei einem solchen Fall kam es zu Retention mit starkem Drang.

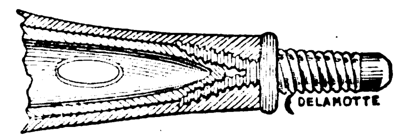
Federer-Teplitz.

Quelques perfectionnements apportés à la fabrication des instruments en gomme. Von Dr. Delefosse. (Annales des malad. des org. génit.-urin. 1899, Nr. 8.)

Die Firma Delamotte hat einige recht praktische Verbesserungen an elastischen Bougies anbringen lassen, welche einige früher recht bemerkenswerte Unzuträglichkeiten beseitigen. So war es ein grofser Mifsstand bei den filiformen Bougies, welche mit anderen Instrumenten montiert werden sollen, dafs sich dieselben leicht abschraubten und unmittelbar unterhalb der Verbindungsstelle sich bogen und abbrachen. Auf Anregung von Guyon ist der Talon so verstärkt worden, dafs die Krümmung erst einige cm entfernt sich bildet; diese Form der Bougies ist eine um vieles bessere Leitsonde als die früheren. Um auch die Verschraubung möglichst zu sichern, wird — nach Dr. Franks Angabe — das Gewinde auf den inneren



Figur 1.



Figur 2.

Teil des Bougie aufgeschraubt und nun beides mit dem umhüllenden Gewebe umgeben. Die nebenstehende Zeichnung Nr. 1 erläutert die Art der Befestigung am besten und zeigt zugleich, dafs vollständigste Sicherheit gegen Zerreifsen etc. besteht. Es lag nahe mit einer gleich sicheren Verbindung eine Leitsonde anzufertigen. In welcher Weise die Fabrik der Aufgabe gerecht wurde, zeigt am besten Fig. 2. Sämtliche Instrumente sind seit langem im Gebrauch und haben sich praktisch vorzüglich bewährt.

König-Wiesbaden.

6. Gonorrhoe.

Über Gonokokkenfärbung mit Neutralrot in lebenden Leukocyten. Von Plato. (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 49.)

Verf. konnte den von Unna kürzlich publicierten Befund bestätigen, dafs, wenn man frischen Gonorrhoeeiter mit einer ganz dünnen Lösung des Ehrlichschen Neutralrots — P. benutzte eine Mischung von 1 ccm einer kalt gesättigten wässerigen Neutralrotlösung in 100 ccm phys. Kochsalzlösung — mischt und im hängenden Tropfen oder im nicht fixierten Präparat untersucht, man einen Teil der intracellulären Gonokokken tiefrot gefärbt sieht; die Zellkerne bleiben im allgemeinen zunächst ungefärbt. Teilungen intracellulärer, gefärbter Gonokokken oder eine Eigenbewegung derselben hat Verf. nicht beobachten können. Leukocyten, die nur wenige Gonokokken enthalten, haben zuweilen besonders lebhafte amöboide Bewegungen, während mit Gonokokken vollgepfropfte Eiterkörperchen solche in der Regel vermissen lassen und einen mehr oder weniger stark gefärbten Kern zeigen. Andere intracelluläre Mikroorganismen scheinen sich in der angegebenen Weise nicht zu färben, ebensowenig lassen sich extracelluläre Gonokokken mit dieser Methode färben. Im fixierten Präparat färben sich intra- wie extracelluläre Gonokokken mit stärkerer Neutralrotlösung in wenigen Sekunden tiefrot, die Kerne schwächer rot.

Paul Cohn-Berlin.

Die Behandlung der Gonorrhoe mit Rücksicht auf die Lokalisation der Gonokokken. Von B. Drobni. (Meditz. Obozrenie 1898, A XXV.)

Bei der Behandlung der Gonorrhoe sind nach D. folgende Punkte von besonderer Bedeutung:

1. Sobald als möglich nach der Infektion soll eine mikroskopische Untersuchung des Sekretes vorgenommen werden.

2. Der Verlauf der Gonorrhoe hängt von der Lokalisation der Gonokokken im Eiter ab.

3. In Fällen, bei denen sich die Gonokokken hauptsächlich aufserhalb der Eiterzellen befinden, ist jede aktive Behandlung kontraindiziert; liegen die Gonokokken dagegen vorwiegend innerhalb der Zellen, dann sind noch vor Ablauf der akuten Symptome Injektionen angezeigt.

Dreysel-Leipzig.



A Study of the Modern Views on Gonorrhoea. Von Bierhoff. (The Philad. Month. Med. Journ. July 1899.)

Nachdem der Verf. sich mit der Prophylaxe des Trippers beschäftigt und auf die Schwierigkeiten der sicheren Handhabung einer solchen hingewiesen hat, wendet er sich zur Besprechung der modernen Gonorrhoetherapie. Für die Behandlung des akuten Trippers empfiehlt B. wärmstens Injektionen mit Protargol in $^1/_2$—$1^0/_0$ Lösung, welches später durch Adstringentien ersetzt werden soll. Narcotica, Balsamica, feuchte Wärme etc. unterstützen diese Behandlung. Bei Urethritis post. empfiehlt B. Janetsche Spülungen mit $^1/_2{}^0/_0$ Protargollösungen, welchen bei Beteiligung der Prostata und Samenblasen Massage dieser Drüsen vorauszuschicken ist. Sind schliefslich keine Gonokokken mehr nachweisbar, so tritt die endoskopische Dilatationsbehandlung nach Oberländer in ihre Rechte.

v. Hofmann-Wien.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Urethralfäden. Von Brauser. (Deutsches Archiv f. klin. Med. LXVI. Bd.)

Um ein Bild von der Häufigkeit der Gonorrhoe beim Manne zu gewinnen, hat Verf. bei 300 Pat. der inneren Abteilung der Ziemfsenschen Klinik in München, von denen keiner wegen eines Geschlechtsleidens zur Aufnahme gelangt war, den Morgenharn auf Filamente untersucht; ausgeschlossen von der Untersuchung waren alle Personen, deren Leiden die Möglichkeit bedingte, dafs die Fäden nicht aus der Harnröhre stammten, resp. von einem gichtgonorrhoïschen Prozefs herrührten. Von diesen 300 Fällen enthielten gar keine Flocken 54 = 18 $^0/_0$; nur Epithel und Schleimfäden 44 = 15 $^0/_0$; Fäden mit Schleim, Epithel und einzelnen Eiterkörperchen 39 = 13 $^0/_0$; Eiterfäden 163 = 54 $^0/_0$.

Wenn es auch nur in 10 Fällen gelang, mit Sicherheit Gonokokken nachzuweisen, so glaubt Verf. doch annehmen zu müssen, dafs der bei weitem gröfste Teil dieser entzündlichen Prozesse gonorrhoïschen Ursprungs sei. Das Zahlenverhältnis wird noch ungünstiger, wenn man bedenkt, dafs von den 163 Fällen, die reine Eiterfäden produzierten, die Personen unter 20 und über 50 Jahren mit einem erheblich geringen Prozentsatz beteiligt waren, so dafs die Pat. zwischen 20 und 50 Jahren mit einem Prozentsatz, der zwischen 52 $^0/_0$ und 75 $^0/_0$ schwankt, rangieren, eine Zahl, die gewifs für die enorme Häufigkeit der Gonorrhoe bei einer grofsstädtischen Bevölkerung spricht.

Paul Cohn-Berlin.

Über die antiparasitären Heilmethoden der Harnröhrenblennorrhoe. Von Dr. Hugo Feleki, Universitätsdocent in Budapest. (Wiener klinische Rundschau 1899.) Autoreferat.

Nach Besprechung der verschiedenen Prinzipien des antiparasitären Heilverfahrens bei Behandlung der Harnröhrenblennorrhoe, erörtert Verf. die derzeit dominierenden zweierlei derartigen Behandlungsmethoden: die durch die Neifsersche Schule inaugurierte Behandlung mit verschiedenen Silber-

präparaten und die durch Janet kreirte ebenfalls vielfach als abortives Verfahren hingestellte Irrigationsmethode.

Auf Grund einer Serie von Untersuchungen und klinischen Erfahrungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die neuen Silberpräparate, namentlich aber das Protargol, Largin und Argonin, können in der Therapie der Gonorrhoe mit Erfolg benutzt werden, doch besitzen diese Mittel ihre eigene spezielle Indikation je nach dem Stadium der Gonorrhoe und der Art des Krankheitsverlaufes beziehungsweise entsprechend den obwaltenden Erscheinungen. Bei ausschliefslichem Gebrauch dieser Mittel werden die Gonokokken zuweilen sehr rasch verschwinden, das Resultat jedoch wird sehr häufig weder den Patienten noch uns befriedigen und unser Eingreifen wird nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn deren Applikation indiziert war und wir mit Berücksichtigung der Symptome diese Antiparasitica eventuell mit andern entsprechenden Mitteln und Behandlungsmethoden abwechselnd oder kombiniert anwenden. Wenn auch noch so rasch und noch so richtig angewendet, vermögen diese Mittel in den meisten Fällen nicht abortiv zu wirken, noch gelingt es immer das Übergreifen des Prozesses nach rückwärts zu verhindern und sind dieselbe auch in ähnlichen Fällen zumeist an und für sich nicht genügend, die vollkommene Heilung der Blennorrhoe herbeizuführen. Genannte Mittel können in Form von prolongierten Injektionen mit Erfolg angewendet werden in all jenen Fällen von akuter Blennorrhoe, in denen der Patient in den allerersten Tagen der Krankheit zur Beobachtung gelangt. Unleugbar heilt die Krankheit bei Gebrauch dieser Mittel in einzelnen solchen Fällen rasch, doch giebt es dagegen Fälle, in denen wir bei konsequenter Anwendung dieser Mittel gar keine Besserung, im Gegenteil Verschlimmerung sehen. Wenn auch die Gonokokken auf Gebrauch dieser Mittel oft in wenigen Tagen aus dem Sekrete definitiv verschwinden, so giebt es wieder Fälle, wo dieselben viele Wochen hindurch im Sekrete zu finden sind oder nach ihrem Verschwinden sich nach Tagen wieder zeigen. In ganz frischen Fällen übertrifft ihre Wirkung doch zumeist die der Adstringentien insofern es gelingen kann, nicht nur den Gonococcus rasch zum Schwinden zu bringen, sondern auch das Übel auf die Pars ant. zu beschränken und die Heilung der Krankheit in einigen Tagen zu erzielen. — In solchen Fällen, wo die Entzündungserscheinungen schon bedeutende, die Sekretbildung eine reichliche ist, ist die Wirkung dieser Mittel schon zweifelhaft, und nahezu in allen Fällen wird die Anwendung derselben die Entzündungserscheinungen steigern.

Die Wirkung der bezeichneten Antiparasitica auf tiefere Veränderungen der Schleimhaut bei subakuter und chronischer Gonorrhoe läfst sich nicht erkennen und hat die Therapie des chronischen Trippers durch das Heranziehen der Silberpräparate in die Behandlung keinerlei Veränderungen erfahren.

Was die praktische Bedeutung des Janetschen Verfahrens anbelangt, müssen wir uns bei Beurteilung seiner Anwendung die einzelnen Stadien des Trippers, jedes besonders vor Augen halten. Gelangt das Verfahren in

den ersten Tagen des akuten Trippers zur Anwendung, wo noch keine bedeutenden Entzündungserscheinungen bestehen und erstrecken sich die Irrigationen bloſs auf den vorderen Harnröhrenteil, so sehen wir in zahlreichen Fällen in der That sehr günstige Resultate; doch machen wir auch bei sorgfältigster Behandlung solcher Fälle die Wahrnehmung, daſs das Verfahren selbst da nur höchst selten von abortiver Wirkung ist. Andererseits aber darf nicht in Abrede gestellt werden, daſs es in einem Teile der Fälle thatsächlich binnen sehr kurzer Zeit gelingt, die Sekretbildung entweder vollkommen zu sistieren oder auf ein Minimum zu reduzieren und zu einem serösen zu gestalten, so daſs wir nach Injektionen mit irgend einem Adstringens zuweilen schon nach wenigen Tagen eine vollkommene Heilung konstatieren können.

Kommt der Kranke im akuten Stadium der Blennorrhoe, aber schon mit heftigen Entzündungserscheinungen zur Behandlung, so steigert die mit dieser Behandlung verbundene mechanische und chemische Irritation zumeist die Erscheinungen der Entzündung.

Bei subakuter Urethritis post., resp. bei Vorhandensein einer solchen Urethrocystitis kann, vorausgesetzt, daſs Hoden, Prostata, Samenbläschen nicht angegriffen sind, das Janetsche Verfahren mit Erfolg angewendet werden, obwohl derartige Irrigationen nicht in jedem Falle von Erfolg begleitet sind und mittelst Nélaton vorgenommene Auswaschungen mit anderen Mitteln gar oft zu einem raschen Resultate führen in Fällen, wo die Janetschen Irrigationen nicht zum Ziele führten.

Die Janetsche Methode kann also bei akuter und subakuter Blennorrhoe bei genauer Beachtung der entsprechenden Indikationen in einzelnen Fällen mit sehr gutem Effekt angewendet werden. Stellen wir jedoch die Einfachheit der gebräuchlichen Behandlungsarten jenen Unbequemlichkeiten gegenüber, die die Anwendung dieses Verfahrens für den Kranken sowohl, wie für den Arzt so sehr erschweren; ziehen wir die Möglichkeit des häufigen Eintretens von Komplikationen in Betracht, wie solche nach derartigen von hervorragenden Fachmännern vorgenommenen Irrigationen in zahllosen Fällen zur Beobachtung gelangen; halten wir uns ferner jene engen Grenzen vor Augen, innerhalb welcher das Verfahren rationell applikabel ist: dann sind wir bemüſsigt die Auffassung jener Autoren für eine groſse Übertreibung zu halten, die da glauben, daſs durch dieses neuere Heilverfahren die übrigen Behandlungsarten des Trippers in den Hintergrund gedrängt werden können.

Es darf nicht vergessen werden, daſs wir in jenen Fällen des akuten Trippers, wo Pat. in den allerersten Tagen in unsere Behandlung gelangt, auch noch mit andern Heilmethoden rasche Erfolge zu erzielen imstande sind. Daſs von Verf. im Jahre 1894 in dieser Zeitschrift publizierte abortive Verfahren, welches in der Auspinselung des erkrankten Teiles der Harnröhre, ev. der ganzen Pars ant. durch das Endoskop mit einer 3% Argentum nitr. Lösung besteht, weist in den meisten Fällen ein auffallend günstiges Resultat auf. (Die durch die Auspinselung verursachte Reaktion wird durch

Applikation einer schwachen Bleiessiglösung mittels einer kleinen Tripperspritze gestillt. Die Heilung pflegt ohne gröfsere Irritationserscheinungen und ohne dafs der Pat. seinem Wirkungskreis entzogen würde, durchschnittlich in 8—9 Tagen zu erfolgen.) Aber auch die prolongierten Silberinjektionen können, wie erwähnt, in den ersten Tagen des Trippers angewendet, zuweilen zu einem raschen Resultate führen. Die Verwendung der Janetschen Methode in chronischen Fällen läuft all jenen Begriffen zuwider, die die Kenntnis der Biologie der Gonokokken, die urethroskopischen Befunde und die histologischen Untersuchungen der Urethra festgestellt haben. —

Von bedeutenden Gewebsveränderungen begleiteten Fällen des chronischen Trippers fällt den Irrigationen, nach welcher Methode immer ausgeführt, eine sehr untergeordnete Rolle zu und wäre es unverantwortlich, durch Irrigationen von zweifelhaftem Werte den Zeitpunkt für die Anwendung eines geeigneten Heilverfahrens aufzuschieben. Dem Janetschen Verfahren kann also nur in einigen Fällen des akuten Trippers ein besonderer selbständiger Wirkungskreis zugesprochen werden, zumeist ist dasselbe nur mit anderen Injektionen kombiniert von Erfolg begleitet, sehr oft aber müssen wir von der Anwendung desselben absehen. Die Irrigationen nach Janet im subakuten oder chronischen Stadium können in der Reihe der bisherigen Heilverfahren bezw. kombiniert mit denselben auf Grund entsprechender Indikationen, angewendet werden, einen hervorragenden Rollenkreis jedoch besitzen dieselben in diesen Stadien der Erkrankungen keineswegs. —

Zum Schlusse verwahrt sich Verf. gegen die in der Therapie des Trippers noch immer herrschende Schematisierung. Der Verlauf der Blennorrhoe bietet als Folge teils wohlbekannter, teils uns unbekannter Faktoren ein auffallend ungleiches Krankheitsbild und zwar sowohl betreffs der lokalen Veränderungen, als der in den fern von Urogenitalapparaten liegenden Organen zur Beobachtung gelangenden Miterkrankungen. Schon aus diesem Grunde ist es a priori verfehlt, von souveränen Mitteln und einheitlichen unfehlbaren Heilmethoden sprechen zu wollen.

Traitement de la blennorragie par le procédé de Janet modifié. La Presse Méd., No. 83, 18. Oct. 1899.

Der ungenannte Verf. empfiehlt, wenn das Janetsche Verfahren durch äufsere Umstände nicht oder nur schwer anzuwenden ist, auf Séjournets von Revin gelungene Methode zurückzukommen.

Material: Glasspritze von 20 ccm Inhalt; Lösung von 0,25 g Sublimat auf 1000 g gekochtes Wasser, oder letzteres noch besser durch $^1/_4$ Glycerin zu ersetzen. An die Spritze ist ein Gummikatheter Charrière 12 oder 13 anzusetzen, 12—16 cm lang; der Katheter ist mit einer in der Flamme geglühten Stricknadel an der Spitze zu durchbohren.

Ausführung: Der Katheter ist bis zum Bulbus einzuführen und beim Herausziehen die Spritze langsam zu entleeren. Beginn der Behandlung baldmöglichst. In der ersten Woche früh und abends je eine Ausspülung bis zum Verschwinden des Ausflusses; in der zweiten Woche morgens eine

Ausspülung. Heilung fast immer in 8 bis 10 Tagen. Bei sehr empfindlichen Pat. kann mit 0,15—0,20 g Sublimat auf 1000 g begonnen werden.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

For gonorrheal Urethritis. Von Horwitz. (Med. News 1899, 21. Okt.)

H. empfiehlt bei Gonnorrhoe Pillen folgender Zusammensetzung:

Methylenblau 1,5
Ol. santali
Ol. bals. copaiv. aa 1,8
Ol. cinnamomi gtt. X
F. pil. No. X.
S. 3mal tgl. 1 Pille.

Dreysel-Leipzig.

La péritonite diffuse à gonocoque. Von Dr. E. Legrain. (Annales des mal. des org. genit.-urin. 1899, Nr. 12.)

Bis in die jüngste Zeit war man geneigt anzunehmen, dafs die Gonokokken nur eine cirkumskripte Peritonitis zu erzeugen imstande seien. L. stellte 8 Fälle von allgemeiner Bauchfellentzündung nach Gonorrhoe aus der Litteratur zusammen. In einer kürzlich von Muskatello veröffentlichten Beobachtung wurde operiert und mikroskopisch und bakteriologisch der Nachweis der Gonokokken geliefert. Ein mit dem Eiter geimpftes Kaninchen starb nach 9 Tagen. Klinisch beginnt die Peritonitis durch Gonokokken ganz akut und verläuft mit heftigen Schmerzen, Erbrechen und Meteorismus. Die Entfieberung geht schnell vor sich und verläuft in längstens 2—3 Tagen. Durch eine Operation wird nichts gebessert, vielmehr wird der sonst subakute Verlauf dann meist sehr stürmisch. König-Wiesbaden.

7. Bücherbesprechungen.

Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Von Prof. Dr. Nicolo Barrucco, Privatdozent für Dermosiphilopathie in Bologna und Professor an der K. Universität Neapel. (Nach der 3. Auflage aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Ralf Widemann, Nervenarzt in Wiesbaden. Berlin 1899, Otto Salle.)

Durch die Übersetzung von Barruccos Werk „Della neurastenia sexuale cause effetti e terapia con numerose osservazioni id applicazioni originali in rapporto spezialmente alle malattie degli organi generativi“, hat Widemann den deutschen Ärzten eine hervorragende Arbeit zugängig gemacht. Vor allem mufs hervorgehoben werden, dafs in diesem Buche in erster Linie auf die Krankheiten der Prostata als Ursache der sexuellen Neurasthenie immer wieder hingewiesen wird, eine Auffassung, die den beschäftigten Urologen wohl schon lange geläufig, soweit Ref. weifs, aber noch nicht in so nachdrücklicher Weise betont worden ist. Auch der Urologe wird in diesem sehr lesenswerten Buche manche Belehrung finden. Es zerfällt in 6 Abschnitte:

1. Über sexuelle Neurasthenie im allgemeinen;
2. Wesen und klinische Formen der Neurasthenie;
3. Wesen der sexuellen Neurasthenie, ihr Verhältnis zu anderen Krankheiten und zu Perversionen des Geschlechtstriebes;
4. Ursachen der sexuellen Neurasthenie;
5. Symptomatologie, Diagnose und Prognose der sexuellen Neurasthenie
6. Therapie der sexuellen Neurasthenie.

H. Wossidlo-Berlin.

Conference internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes, tenue à Bruxelles du 4 au 9 Sept. 1899. (La Presse Méd. Nr. 71 bis 74.)

Der Gedanke in einer internationalen Konferenz die sociale Gefahr der venerischen Krankheiten und ihrer Vorbeugung zu behandeln, ist gelegentlich der Lepra-Konferenz in Berlin entstanden.

Abolitionisten, Nichtabolitionisten, vor allem Ärzte, doch auch Juristen von Namen und selbst Vertreterinnen der Frauenfrage aller Nationen — alle kamen zu Worte oder legten ihre Gedanken vor der Konferenz in Abhandlungen über ganz bestimmt präzisierte Fragen nieder.

Es ist ein grofsartiger Gedanke, der mit der Bruxeller Konferenz anfängt realisiert zu werden.

Da in allernächster Zeit das für die Konferenz bisher Geschriebene und auf ihr Besprochene gesammelt in Buchform veröffentlicht werden wird, so sei hier zunächst nur auf die Tagung der hochinteressanten Konferenz hingewiesen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Therapeutik für Venerische und Hautkranke. Von Prof. Ed. Lang, Wien. (Verlag von Josef Safar in Wien. 1899, angezeigt von Scharff-Stettin.)

Unter diesem Titel erscheint aus der Feder des oben genannten, rühmlichst bekannten Autors die 3. Auflage seiner „Ordinationsformeln", welche sich insofern von den beiden ersten unterscheidet, als diese ärztliche Beigaben zu den einzelnen Rezepten bringt. Es kann nicht die Aufgabe der Ref. sein, die lediglich aus Details sich zusammensetzenden Kapitel bis ins einzelne nachzugehen. Es mag genügen, hier eine Probe aus dem ersten Abschnitte über den venerischen Katarrh zu geben. Lang, schon von jeher ein Anhänger der Frühbehandlung der Gonorrhoe mittelst der Injektionen ist in dieser seiner Stellungsnahme erst recht durch die Ära der neuen reizlosen (?) Silberpräparate bestärkt worden. So werden denn die Neisserschen Vorschriften, wie das Janetsche Verfahren — letzteres mit Recht — nicht als Abortivmittel, sondern als gründlich wirkendes Berieselungsverfahren gewürdigt. Neu ist die Empfehlung, in chronische Infiltrate der Epididymitis $^{1}/_{10}$ Pravazspritze Jodoformemultion zur Anregung der Resorption einzuspritzen. Während die entzündlichen Komplikationen der infektiösen Urethritis alle ihr therapeutisches Recht bekommen und die sexuelle Neurasthemie gebührend gewürdigt wird, fehlt die Spermatorrhoe merkwürdigerweise ganz, trotzdem dieselbe sich hier ungezwungen hätte angliedern

lassen. Ihre Existenz, wie die einer chronischen Prostatitis erklären die neuralgischen Schmerzen in der Glans und Hoden besser als die von Lang supponierte Neuralgie. Doch das sind Dinge, über welche sich vielleicht die Akten noch nicht geschlossen haben. Dafür bringt sonst das Büchlein soviel Originelles und atmet soviel subjektive Wahrheit, dafs es allgemeine Verbreitung verdient, wozu der handliche Umfang besonders beitragen wird.

Dermato-histologische Technik. Von Dr. Max Joseph und Dr. Georg Löwenbach. Berlin bei Louis Marcus, 1900. Angezeigt von Paul Cohn-Berlin.

Das kleine Werk giebt eine kurze und höchst übersichtliche Darstellung derjenigen Methoden der dermato-histologischen Technik, die sich nach öfterer Anwendung und langer Übung den Verff. als sicher und einwandfrei erwiesen haben; daneben werden auch die Methoden kurz angegeben, die zwar einer Erwähnung wert sind, sich aber als nicht so zuverlässig und sicher gezeigt haben, wie die ersteren. In diesem Sinne behandelt der erste Abschnitt die Untersuchung von Hautmaterial in frischem, der zweite die Untersuchung in konserviertem Zustande: es wird die Konservierung, Fixierung, Härtung, Einbettung, das Schneiden und die Behandlung der Schnitte dargestellt. Die folgenden Kapitel behandeln die Färbungsmethoden, zuerst die Stück-, Schnitt- und Übersichtsfärbungen, sodann die Specialfärbungen: die Färbung der einzelnen Gewebsbestandteile, der Parasiten und der Gewebsarten. Wer die Verff. aus ihren sonstigen Leistungen kennt, wird es begreiflich finden, dafs sie ihre Absicht, einen Führer sowohl für den Anfänger, wie für den bereits vorgeschrittenen Forscher zu schaffen, im besten Sinne gelöst haben.

Weitere Beobachtungen über den Katheterismus der Ureteren.

Von

Dr. **M. Kreps**, St. Petersburg.

(Vorgetragen in der Sitzung der St. Petersburger medizinischen Gesellschaft am 2. November 1899.)

Am Ende des vorigen Jahres hatte ich die Ehre, hier einen Vortrag über den Katheterismus der Ureteren zu halten[1]). Seitdem wurde von mir diese Manipulation ca. 15 mal an verschiedenen Kranken und bei verschiedenen Indikationen ausgeführt. Drei dieser Fälle, die allgemeines Interesse beanspruchen können, erlaube ich mir heute zu referieren.

In das deutsche Alexanderhospital wurde ein Patient, 41 Jahre alt, der über Erbrechen klagte, aufgenommen. Das Erbrechen datiert seit 14 Tagen, tritt hauptsächlich nach dem Essen auf, aber auch zu anderer Zeit, bei leerem Magen und sogar in der Nacht. Andere Symptome waren nicht zu verzeichnen, aufser einer enormen allgemeinen Schwäche und einer verminderten Sehschärfe. Die Untersuchung ergab accentuierten 2. Aortenton, etwas härteren Puls, Harn 1009, sauer, trübe, enthält Harnsäurekrystalle, mäfsig Leukocyten und rote Blutkörperchen, viele Epithelien, Eiweifs $^1/_2$ pro Mille. Tägliches Urinquantum ca. 1400. Rechts läfst sich eine deutlich vergröfserte Niere mit glatter Oberfläche palpieren. Links palpiert man einen Körper, der als eine stark vergröfserte, harte, druckempfindliche, bei der Respiration leicht bewegliche Niere imponiert. Ihre Oberfläche ist deutlich höckerig. Dieser Befund erregte den Verdacht auf einen malignen Tumor der linken Niere bei kompensatorischer Hypertrophie der rechten; eine eventuelle Operation wurde in Aussicht genommen. Vor allem mufste man über den Zustand der rechten, für gesund gehaltenen, Niere Klarheit gewinnen, ob letztere imstande sein werde, nach Entfernung der linken, die Funktion derselben zu übernehmen. Ferner war es geboten, die Harnblase

---

[1]) s. Annalen der russischen Chirurgie 1899, Heft I, St. Petersburg.



zu untersuchen und zu eruieren, ob nicht gerade sie die Bildungsstätte des Eiters und der Blutkörperchen sei, oder ob nicht sowohl die Blase als auch die Nieren affiziert seien, eine Niere oder beide.

Die kystoskopische Untersuchung ergab folgendes: Die Schleimhaut der Blase ist in allen Teilen normal, etwas mehr sukkulent. Am Boden der Blase sieht man einzelne kleine punktförmige hellere und dunklere Partikelchen zerstreut, die den Eindruck von Harngries machen. Bei genauerer Betrachtung, jedoch besonders bei Beobachtung mit wechselnder Lichtstärke und wechselnder Entfernung des Prisma vermifst man die für Krystalle charakteristischen Ecken und Kanten, weshalb ich die Gebilde für Gewebsdetritus halten mufste, was sich später bei der mikroskopischen Untersuchung bestätigte. Beide Harnleiterwülste waren deutlich zu sehen. Die rechte Harnleitermündung kontrahiert sich sehr selten, sehr langsam, sehr schwach. Trotzdem gelingt es klar zu konstatieren, dafs der Harnleiter Urin wohl produziert. Die linke Harnleitermündung kontrahiert sich noch seltener und noch langsamer. Es bedurfte einer enormen Anstrengung, um die Kontraktionen überhaupt wahrnehmen zu können, aber das Herausspritzen von Urin mit Sicherheit zu konstatieren, gelang trotz der gröfsten Mühe nicht. Man gewann den Eindruck des „Leergehen des Ureters". Die Kystoskopie ergab also, dafs die Eiter- und Blutkörperchen nicht aus der Blase stammen und dafs, bei sicherer Funktion des rechten Ureters, die Thätigkeit des linken fraglich sei. Um den Zweifel zu lösen, katheterisierte ich am nächsten Tage den linken Ureter, wobei ich mich von seiner normalen Funktion gleich überzeugen konnte. Innerhalb einer $^1/_4$ Stunde bekamen wir aus dem Ureter eine zur Analyse genügende Menge Urins. Letzterer enthielt weniger Eiweifs ($^1/_4$ — pro Mille), weniger Blut- und Eiterkörperchen als der Blasenurin. Nur Epithelzellen waren in gröfserer Zahl vorhanden und viele lagen in Haufen. Es erübrigte nun den Zustand der rechten, früher für gesund gehaltenen und jetzt verdächtig gewordenen Niere zu eruieren. Der Katheterismus des rechten Ureters ergab einen Urin, der $1^3/_4$ pro Mille Eiweifs und vielmehr Eiter- und Blutkörperchen enthielt als der der linken Niere. Nur Epithelzellen waren nicht so zahlreich und nicht in Haufen. Der Katheterismus des rechten Ureters zeigte also, dafs auch die rechte Niere erkrankt und, soweit der Urin überhaupt als Kriterium gelten kann, noch mehr als die linke affiziert sei. Von einer Operation konnte nicht mehr die Rede sein. Der Kranke starb bald und die Obduktion ergab polycystöse Degeneration beider Nieren.

Was diese Diagnose anbetrifft, so überraschte sie uns keineswegs. Dr. Westphalen vermutete sie von vornherein. Nur hatten wir kein Recht, bei ihr zu verharren. Im ganzen findet man in der Litteratur nur einige Fälle (4 bis 5) der in vivo diagnostizierten polycystischen Degeneration beider Nieren, von denen im Falle von Höhne die Diagnose dadurch erleichtert wurde, dass die Schwester der Kranken wegen Nierencyste früher operiert

worden war. Um mit einigem Rechte eine doppelseitige polycystische Nierendegeneration diagnostizieren zu können, mufs man mindestens einen doppelseitigen höckerigen Nierentumor finden, wobei langdauernde Albuminurie ohne Nephritis besteht. Nichts davon hatten wir in unserem Falle. Die rechte Niere bot eine ganz glatte Oberfläche, was wohl dem zuzuschreiben ist, dafs sie, wie es sich bei der Sektion herausstellte, mit einem dicken Fettpolster bedeckt war.

Zu meinem lebhaften Bedauern hatten wir keine näheren Erkundigungen über den Gesundheitszustand anderer Mitglieder der Familie des Patienten eingezogen. Ich erwähnte schon, dafs Höhne 2 Fälle bei 2 Geschwistern beobachtete. Vor kurzem (D. m. W. vom 12. Oktober 1899) veröffentlichte Steiner 2 Fälle polycystischer Nierendegeneration. Genaue Nachforschungen über den Zustand der Nieren bei anderen Familienmitgliedern beider Kranken ergaben erstaunlichen Erfolg. Bei einem Patienten, der an der Krankheit starb und von Steiner seziert wurde, litten an pol. Deg. beider Nieren: Vater, Sohn, Schwester und mehrere kleine Kinder, deren Nieren noch klein, aber schon deutlich höckerig waren. In anderem Falle wurde die Diagnose gestellt bei dem Vater, Sohne und 2 Schwestern (die eine starb und wurde seziert); mehrere kleine Kinder litten an Albuminerie vorläufig ohne Nierenveränderung. In beiden sezierten Fällen enthielt auch die Leber Cysten, was auch bei unserem Patienten der Fall war.

II. In das Maria-Magdalenahospital trat eine 27jährige Frau mit Incontinentia urinae ein. Erste Geburt vor 3 Monaten, schwerer Verlauf; Dauer 3 Tage, Schädellage, keine Kunsthilfe, keine Manipulationen seitens der Hebamme. Am 5. Tage nach der Geburt begann der Urin sich per vaginam zu entleeren, wobei ein Teil auch per urethram erschien. Bei der genauen Untersuchung der Vagina konnte man in ihr keine Fistel entdecken, bei der Besichtigung der Cervix uteri erwies sich, dafs Harn aus dem äufseren Muttermunde heraussträufelte. Die Exploration von der Cervix aus mit Sonden verschiedenen Kalibers ergab ein negatives Resultat: Die Sonden drangen keineswegs in eine Fistel die zur Blase führte; ebenso resultatlos blieb die Sondenexploration von der Blase aus. Beim Eingiefsen von 200 ccm sterilisierter Milch in die Blase, ergofs sich aus der Cervix kein Tropfen. Wir hatten somit eine Reihe von Merkmalen vor uns, die nicht für eine Blase-Cervix, sondern für eine Harnleitercervixfistel sprachen. Die kystoskopische Untersuchung und der Katheterismus der Ureteren belehrte uns

aber eines anderen. Die Blase liefs sich mit Borsäurelösung gut ausdehnen und die Kystoskopie ging leicht vor sich, ohne dafs die Flüssigkeit heraus-träufelte. Es bot sich bei der kystoskopischen Untersuchung eine in allen Teilen gesunde Schleimhaut dar; die Ureterenwülste und Mündungen sahen normal aus. Am Boden der Blase, in der nächsten Nähe vom linken Orificium uretericum konnte man eine kleine ca. 2 mm messende Vertiefung bemerken, die man für eine Fistel ansehen konnte. Um mich von der Richtigkeit dieser Annahme zu überzeugen, führte ich in die linke Harnleitermündung einen Katheter ein, aus dem sich sofort Urin entleerte. Diesen Katheter schob ich etwas weiter, liefs ihn im Harnleiter ruhig liegen und führte in die rundliche Vertiefung nebenbei einen zweiten Katheter ein. Dieser 2. Katheter liefs sich nach einem anfänglich geringen Widerstand leicht weiter vorschieben, um schliefslich durch den äufseren Muttermund hindurch in der Vagina zum Vorschein zu kommen. Wir hatten also doch eine Blasencervixfistel vor uns. Die Fistel lag im Cervix sehr hoch, beim inneren Muttermunde, in der nächsten Nähe des linken Harnleiters. Beim Einblick in die Blase durch das Kystoskop bekam man ein höchst interessantes Bild: in einem und demselben Gesichtsfelde erblickte man 2 Sonden, die in verschiedener Richtung auseinander gingen und nach einem kurzen Verlauf plötzlich in die Tiefe verschwanden: eine in den Harnleiter, die 2. in die Fistel. Bis jetzt ist ein solches Bild noch von niemand beschrieben worden.

Die Kranke wurde operiert und verliefs nach 3 Wochen das Hospital ganz geheilt.

III. 52jähriger Patient. Das 2. Jahr ist der Urin zeitweise blutig gefärbt. Das dauert einige Tage bis zu einer Woche und verläuft ganz symptomlos. In der letzten Zeit nahm der Kranke ab, leidet an Verstopfung, Aufstofsen, Herzklopfen, zuweilen an Schmerzen im Rücken, in der Nierengegend und am Perineum; litt früher viel an Hämorrhoiden, jetzt wenig und selten. Der Urin ist am Tage nicht frequenter als in der Norm, nachts mufs Patient 2—3mal aufstehen. Gegenwärtig dauert die Hämaturie den 3. Tag; vor 2 Monaten währte sie eine Woche. Der Hausarzt vermutete eine Neubildung in der Niere oder Blase und überwies mir den Kranken. Die Untersuchung ergab folgendes. Urin rötlich, kein Eiweifs, keine pathologischen Elemente. Harnröhre normal, Prostata bei Palpation per rectum nicht verändert, bimanuelle Palpation der Blase giebt negatives Resultat, Nieren nicht abtastbar. Da ich seit einigen Jahren die Untersuchung der Blase mit Sonden nicht mehr ausführe, es sei denn bei Verdacht auf Stein und bei Schrumpfzuständen der Blase, so nahm ich am nächsten Tage die Kystoskopie vor. Das Kystokop sollte die Quelle der Blutung feststellen, ob letztere aus der Prostata (Blasenanteil), der Blase, den Nieren — beiden oder einer — oder endlich aus verschiedenen genannten Organen stamme. Wir fanden folgendes: Der stark vergröfserte mittlere Lappen der Prostata ragt ins Blasencavum wie eine grofse Nufs hinein (ein Umstand, welcher die nächtliche Miktionsfrequenz erklären kann). Die Blase ist überall normal, ohne

Spur eines Katarrhes, nur sind die Gefäfse des Bodens stärker injiziert. Die Hauptveränderungen boten die Venen. Unter normalen Verhältnissen werden sie gewöhnlich gänzlich übersehen, es sei denn, dafs man sich mit dem Prisma dem Blasenhals nähere; man sieht dann bes. bei älteren Leuten dunkelbläuliche Stämmchen, etwas dicker als die Arterien ohne Verästelungen, wobei diese Stämmchen plötzlich aufhören und in der Tiefe verschwinden. Hier aber fielen die Venen besonders in die Augen. Man sah etliche dicke, runde Stämme, von dunkelblauer Farbe mit reichlichen Verästelungen und mit stellenweise verdickten Knoten, von denen einer deutlich blutete. Ich habe solch ein Bild niemals gesehen. Noch mehr, ich pflegte die sog. Blasenhämorrhoiden für etwas sehr theoretisches zu halten, für ein Überbleibsel aus früherer Zeit, als man infolge der mangelhaften Untersuchungsmethoden Blasenhämorrhoiden diagnostizierte, wenn man keinen triftigeren Grund für die Hämaturie finden konnte. In dieser Überzeugung wurde ich durch die Autorität Nitzes bestärkt, der nie ein ähnliches Bild gesehen hat (s. M. Nitze, Lehrbuch der Kystoskopie). Während ich in der Deutung dieser wahrgenommenen Erscheinung schwankte, nahm der Blaseninhalt durch das immer zufliefsende Blut eine mehr rötliche Farbe an. Ich lenkte das Prisma nach dem linken und dann nach dem rechten Ureter — aus beiden flofs deutlich Urin, aber letzterer war nicht hellklar, sondern sah mehr rötlich aus. Dieser Umstand erregte in mir ein neues Bedenken: ich war im Unklaren, ob wirklich beide Ureteren blutigen Harn produzieren, oder ob ich es mit einer optischen Täuschung zu thun habe d. h. dafs der ausfliefsende Harn hell sei, allein der Wirbel des roten Blaseninhaltes mich irre führe. Solche Täuschungen kommen vor. Man glaubt zuweilen deutlich, trüben Urin aus dem Ureter kommen zu sehen, bei der wiederholten Untersuchung erweist sich aber, dafs der Nierenurin ganz klar ist, wobei die früher beobachtete Trübung durch Vibration des trüben Blaseninhaltes vorgetäuscht wurde. Ein hierher gehörender Fall ist schon von mir publiziert worden. Um den Zweifel zu lösen, führte ich bald darauf, schon nach einer $^1/_2$ Stunde, den Katheterismus beider Ureteren aus. Der Kranke war nämlich sehr tolerant gegen Instrumente. Aus beiden Ureteren bekam ich reinen hellen normalen Urin. Ich suchte die dicke geschlängelte Vene wieder auf und erblickte nochmals die blutende Stelle. Somit war ich gezwungen, letztere für die Ursache der Hämaturie bei dem Kranken anzusehen.

Bis vor kurzem war es möglich, die Diagnose „Blasenhämorrhoiden“ nur am Sektionstisch zu stellen. Der erste Fall gehört Morgagni, der bei der Sektion eines alten blasenleidenden Mannes, am Boden und am Halse der Blase hämorrhoidal erweiterte Venen fand. Nach ihm machten an Leichen auch andere Autoren dieselbe Beobachtung, wobei manche von ihnen theoretisch das Krankheitsbild, welches den anatomischen Verhältnissen entsprechen könnte, zu rekonstruieren suchten. Der von Chopart angegebene Lymphomkomplex ist wohl glänzend konstruiert, entbehrt

aber der faktischen Unterlage — nämlich der Beobachtung am Krankenbette. Andere Urologen aber, die sich nur auf strikte Beobachtungen in vivo stützen, übergehen dieses Krankheitsbild mit Schweigen, oder streifen es nur vorübergehend. So verfahren die meisten englischen und deutschen Urologen. Sogar die Erfindung des Kystoskops, welches die direkte Besichtigung der Blase ermöglichte, hat an der Sache wenig geändert. Weder Nitze, noch Casper beschrieben solche Befunde trotz ihres grofsen Materials und ihrer enormen Erfahrung. Bis auf den heutigen Tag existierten nur 2 Beobachtungen dieser Art. Die eine gehört Boisseau de Rocher, welcher mit Hilfe seines Megalloskops in der Blase eines alten Hämorrhoidariers erweiterte und blutende Venen gesehen hat. Die zweite Beobachtung ist vor $1^1/_2$ Jahren von Carmello Bruni in Neapel gemacht. Er vermutete in einem Falle von Hämaturie einen Blasentumor. Bei der kystoskopischen Untersuchung in der blutfreien Periode fand Bruni hämorrhoidal erweiterte Venen in der Blase, worauf er die Diagnose stellte. Von diesen beiden Fällen ist, meiner Ansicht nach, nur der erste einwandsfrei, da die Diagnose am Operationstische bewiesen wurde. Die Richtigkeit des zweiten Falles jedoch scheint mir nicht über jeden Zweifel erhaben. Möglicherweise existierte neben der Erweiterung der Blasenvenen auch eine Erkrankung der Nieren, welche deshalb übersehen wurde, weil die Kystoskopie in der blutfreien Periode gemacht wurde.

Unser Fall, in dem wir einerseits den Venenknoten direkt bluten sahen, andererseits aber eine eventuelle Nierenblutung durch den Katheterismus der Ureteren ausgeschlossen haben, scheint uns von jedem Einwand frei zu sein.

Über die Zulänglichkeit der Beleuchtung bei verschiedenen Urethroskopen.

Von

Dr. **Julius Kiss** in Budapest.

Das Sehen im Innern eines urethroskopischen Tubus stöfst auf manche Hindernisse. Es wird ein kleines Objekt, das 16 bis 20 cm vom Auge entfernt liegt, durch ein Rohr betrachtet; dabei soll das Auge Einzelheiten erkennen, die sogar beim binokulären Sehen nur nach einiger Übung gut zu erkennen sind.

Das genaue Erkennen ist nur möglich, wenn das kleine Bild gut gesehen wird. Dazu ist aber hauptsächlich eine starke und gleichmäfsige Beleuchtung erwünscht.

Wenn wir verschiedene Urethroskope in Bezug auf Lichtintensität ihrer Beleuchtung nur mit den gewönlichen Snellenschen Leseproben prüfen, — also Buchstaben auf weifses Papier gedruckt durch das Urethroskop beobachten, — so werden wir sogar das reflektierte Petroleumlicht für genügend lichtstark finden. Die Sehstärke beträgt aber bei gleicher Lichtintensität nach Cohn für das rote Licht nur $^1/_3$—$^1/_6$ dessen, als dies bei weifsem Lichte gefunden wird. Unter allen Farben überhaupt ist für die völlige Entwickelung der Sehstärke die gröfste Lichtintensität bei rotem Licht nötig. Die Beleuchtung mit reflektiertem Petroleumlichte wird sich nun bald als mangelhaft erweisen, wenn wir die Leseproben durch den Tubus betrachten, während dem Auge ein rotes Glas vorgelegt wird, welches bei direkter Beobachtung mit derselben Beleuchtung das genaue Erkennen des kleinsten Druckes nicht hindert. Es kann bloss die 5. manchmal sogar bloss die 9. Leseprobe durch den Tubus gelesen werden.

Wenn wir dasselbe Glas zur Prüfung von Elektrourethro-

skopen benützen, wird sich im allgemeinen die Lichtintensität zum Lesen des kleinsten Druckes für genügend erweisen, man findet jedoch, dafs dem Urethroskope von Nitze-Oberlaender in Bezug auf Lichtstärke kein anderes Instrument gleichkommt.

Bei der Prüfung der Beleuchtung auf ihre Gleichmässigkeit bei verschiedenen Urethroskopen kommen wir zu dem Resultate, dafs eine gleichmässige Beleuchtung mit reflektiertem Lichte überhaupt unmöglich ist. Eine gleichmäfsige Beleuchtung könnten nur solche Lichtstrahlen bewirken, die sämtlich parallel zur Längsaxe des Tubus verlaufen. Sobald aber Lichtstrahlen konvergent oder divergent in den Tubus einfallen, wird die Art der Beleuchtung durch die Innenfläche des Tubus ganz bedeutend beeinflufst. Dieser Einflufs macht sich noch am wenigsten geltend, wenn eine breite Lichtquelle benützt wird, wie es bei dem Grünfeldschen Urethroskop der Fall ist.

Aber auch in diesem Falle entsprechen die Verhältnisse nicht ganz den schematischen Zeichnungen, wie man in Büchern die Untersuchung mit reflektiertem Lichte zu versinnlichen pflegt. Lichtstrahlen, die konvergierend in die Mündung des Tubus hineinfallen, können, wenn der Tubus z. B. 14 cm lang ist und das Lumen 6 mm Durchmesser besitzt, ob sie sich einige Centimeter vor oder hinter dem Tubusende vereinigen sollten, immer nur einen kleinen Punkt direkt beleuchten. Die übrigen Partien werden durch das zerstreute Licht immer weniger hell erleuchtet. Bei kleinen Verschiebungen der Tubusaxe kommen überdies gröfsere Abweichungen im Beleuchtungsgrade einzelner Partien zu stande. Es wird z. B. nur eine halbmondförmige Randzone oder eine kleine runde Stelle an der Peripherie beleuchtet.

Wie gesagt, wurde durch Einführung kleiner Glühlampen als Leuchtquellen ein höherer Beleuchtungsgrad erreicht, aber die Gleichmäfsigkeit der Beleuchtung büfst dadurch bei reflektiertem Lichte um so mehr ein.

Die Innenfläche des Tubus ist ein konkaver Cylinderspiegel. Wenn eine Leuchtquelle in der Tubusmündung nahe zur Peripherie liegt, entsteht davon ein Zerrbild am Tubusende. Der der Leuchtquelle entgegengesetzte Teil der Cylinderfläche würde am Tubusende allein ein {-förmiges Zerrbild erzeugen, einen hellen Punkt

in der Nähe des Brennpunktes, von dem beiderseits helle konkave Linien auslaufen und ein sichelförmiges Feld an der Peripherie begrenzen. Das einfallende Strahlenbündel wird aber von den entgegengesetzten Cylinderhälften mehrfach reflektiert. So entsteht nun am Tubusende das Zerrbild, das einem Achter (8) gleicht. In der Optik werden solche Formen als „kaustische Flächen“ erwähnt.

Ein glühender Punkt in der Axe würde einen hellen Punkt im Centrum des Tubusdurchschnittes erzeugen. Eine glühende Linie im Durchmesser der Mündung erzeugt zunächst ein linienförmiges Bild im selben Durchmesser. Die excentrischen Punkte der Linie erzeugen aufserdem Zerrbilder der beschriebenen Art.

Bei den Urethroskopen, bei denen das Licht eines glühenden Fadens reflektiert wird, kommen durch diese Zerrbilder unvermeidlich Ungleichmäfsigkeiten in der Beleuchtung zustande. Es bleiben fast regelmäfsig im urethroskopischen Felde zwei symmetrisch gelagerte dunkle Flecken.

Diese dunklen Flecken sind bei Görls Urethroskop durch eine helle Linie getrennt. Bei diesem Instrument fallen nämlich die von einer kleinen Glühlampe durch Konkavspiegel reflektierten Lichtstrahlen gerade im Durchmesser der Tubusmündung hinein. Die helle Linie zeigt sich im selben Durchmesser.

Wenn wir die Art der Beleuchtung bei Caspers urethroskopischen Tuben auf weifsem Papier prüfen, sehen wir am Tubusende hell erleuchtete Linien, die die erwähnte Achterform bilden. Weniger auffallend sind dieselben bei den höheren Tubusnummern. Bei den engeren Tuben sind sie aber besonders auffallend. In dem kleinen Felde von 5—7 mm Durchmesser sind so grelle Unterschiede von Licht und Schatten vorhanden, dafs die Möglichkeit eines genauen Erkennens in vorhinein zweifelhaft erscheint.

Bei Clars Urethroskop, wo eine kleine Glühlampe am Stirnreflektor angebracht ist, entstehen ähnliche Linien, die ihre Formen mit jeder Bewegung ändern.

Wenn die Innenfläche des Tubus geschwärzt ist, sind auch diese Bilder weniger auffallend, verschwinden aber nicht gänzlich. Hingegen wird die Beleuchtung schwächer.

Bei Leiters Urethroskop wird das Licht der Glühlampe

derart reflektiert, dafs bei entsprechender Einstellung die Lichtstrahlen vom Tubus, dessen Innenfläche auch geschwärzt ist, wenig beeinflufst verlaufen. Oft bleiben aber seitliche Partien im Schatten.

Die einzelnen Teile aller dieser Instrumente, besonders der Tubus, können nicht derart zu einander befestigt werden, dafs nicht minimale Verschiebungen entstünden. Dadurch verändert sich aber die Lage der Schatten fortwährend.

Alle diese Mängel besitzt das Nitze-Oberlaendersche Urethroskop nicht. Wie bekannt, wird bei diesem Instrumente die Lichtquelle — ein glühender Platindraht, mit Kühlapparat versehen — direkt in den Tubus hineingebracht. Die Beleuchtung ist also eine direkte und darum gleichmäfsige. Zwar ist die Beleuchtung in der dem Lichte näher gelegenen Hälfte des Gesichtsfeldes etwas heller, der Übergang ist aber ein ganz allmählicher; das Entstehen dunkler Flecken ist ausgeschlossen.

Das Urethroskop von Nitze-Oberlaender ist nun sowohl in Bezug auf Lichtintensität, als auch in Bezug auf Gleichmäfsigkeit der Beleuchtung allen anderen Instrumenten überlegen.

Casper teilte im Jahre 1894 in seinem Vortrage vor der „Berl. med. Gesellschaft“ über Nitze-Oberlaenders Urethroskop seine Erfahrung mit, dafs infolge der Wärme des Platindrahtes Hyperämie erzeugt oder sogar die Schleimhaut verbrannt werde. Dies kann wohl nicht geschehen wenn der Kühlapparat funktioniert.

Lohnstein äufserte sich im selben Jahre dahin, dafs durch das starke Licht die Schleimhaut nicht nur beleuchtet sondern auch durchleuchtet wird. Auch dieser Vorwurf ist schwer verständlich, da sich doch die Lichtquelle zwischen dem Objekt und dem Auge befindet.

Es mögen Schwierigkeiten in der Handhabung des Nitze-Oberlaenderschen Urethroskopes entstehen, die nur nach einiger Übung zu überwinden sind; diese mögen als Hindernisse der Anwendung betrachtet werden, sind aber nicht Hindernisse für das gute Sehen.

Bei entsprechender Lichtintensität ist das Sehen allenfalls auch bei weniger gleichmäfsiger Beleuchtung möglich. Optische Einrichtungen, z. B. Felekis Megaloskop, erleichtern das Erkennen.

Die Ungleichmässigkeit der Beleuchtung bleibt doch immer ein Hindernis für das genaue Erkennen.

Die Mängel der erwähnten Instrumente hindern auch die Verbreitung der Urethroskopie. Wenn aber auch sämtliche Instrumente vorwurfsfrei wären, bedarf es grosser Einübung, um das Gesehene verwerten zu können. Darum bleibt nun vorläufig das Urethroskop ein Instrument für Spezialisten.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Zur physiologischen Bedeutung der Oxalsäure. Von Dr. Hugo Lüthje. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 35 pg. 271.)

Oxalsäure wurde im Harn eines hungernden Hundes vom 12ten Hungertage an zu 7—9 mg gefunden. Zufuhr von reinem Fleisch, von Fett oder von Traubenzucker änderte den Befund nicht auffallend. Die Oxalsäure ist also ein Produkt des Stoffwechsels nicht ein Derivat der Nahrung speziell nicht der Kohlehydrate. Die Versuche, am Menschen durch Thymus und Nuclein-Fütterung die Harnsäurebildung zu vermehren, und dann die beim weiteren Zerfall derselben etwa entstehende Oxalsäure im Harn aufzusuchen, führte nur zu unsicheren Resultaten, jedenfalls nicht zu einer Bestätigung der häufig geäusserten Ansicht, dafs die Oxalsäure eines der weiteren Abbauprodukte der Harnsäure (über Oxalursäure) darstelle.

Malfatti-Innsbruck.

Über die Giftwirkung des normalen Harns. Von Posner und Vertun. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 4.)

Dafs der Harn von Gesunden Giftwirkung entfalten und dafs man durch Einspritzung filtrierten und sterilen Harns Tiere krank machen und töten kann, ist eine von zahlreichen Forschern als erwiesen angenommene Thatsache, doch steht über die Natur der eigentlich giftigen Substanzen im Harn nichts Sicheres fest. Nach Bouchard, der neben vielen anderen sich mit dieser Frage beschäftigt hat, sind die Nieren Entgiftungsorgane; je besser dieselben also funktionieren, desto weniger giftiger ist der Harn und umgekehrt. Bouchard und seine Schüler glauben festgestellt zu haben, dafs 40—50 g normalen Harns pro Kilo Tier, in die Vene eines solchen injiziert, jedesmal starke Vergiftungserscheinungen hervorrufen, und sie haben aus diesem Befunde ziemlich weitgehende praktische Schlüsse gezogen, gegen welche P. und V. schwerwiegende Bedenken haben, da die Versuche erhebliche Fehlerquellen aufweisen: erstens ist die Veränderung des Blutdrucks durch die Menge der eingespritzten Flüssigkeit, die Einwirkung auf den Cirkulationsapparat, die Möglichkeit einer Thrombose oder Embolie zu berücksichtigen; sodann spricht die individuell verschiedene Widerstandsfähigkeit der Versuchstiere mit; vor allem aber ist die Verschiedenheit der Konzentration von Blut und Harn, der verschiedene Salzgehalt aufser acht gelassen. Um diese

Fehlerquellen auszuschalten, wandten die Verff. bei ihren Versuchen nicht die endovenöse, sondern die subkutane Infusion an; sie benutzten ferner weifse Mäuse, die ein annähernd gleiches konstantes Gewicht besitzen; vor allem aber berücksichtigten sie genau die Konzentration des einzuspritzenden Harns im Vergleich zu der des Blutes, indem sie hierfür die Gefrierpunktserniedrigung als Mafsstab nahmen, die zwar kein genaues Bild der Konzentration überhaupt, wohl aber der auf der Quantität der Moleküle beruhenden osmotischen Eigenschaft der Flüssigkeit giebt. Vorher hatten sie festgestellt, dafs Kochsalzlösungen von 0,91 % dem Blute isoton, d. h. dieselbe Gefrierpunktserniedrigung haben, wie das Blut, dafs man dem Versuchstiere von dieser isotonen Flüssigkeit soviel einspritzen kann, wie es überhaupt aufnimmt, ohne dafs es Schaden leidet, dafs dagegen Lösungen von höherer oder geringerer Konzentration an dem Tiere entsprechende geringere oder stärkere Vergiftungserscheinungen hervorrufen; dieselbe Beobachtung wurde mit Leitungswasser und Traubenzuckerlösung gemacht. Auch bei der Injektion von Harn konnte nun festgestellt werden, dafs die geringste Giftwirkung hervorgebracht wurde, wenn der Urin die gleiche Gefrierpunktserniedrigung wie das Blut hatte, dafs die Toxicität mit der molekulären Konzentration steigt und fällt, und dafs jedenfalls der gröfste Teil der Giftwirkung normalen Harns auf dieses Moment zurückzuführen ist, wenn auch chemische Agentien, und zwar höchstwahrscheinlich die Kalisalze nicht ganz unbeteiligt sind. So dürfte auch die wichtigste Form der Harnvergiftung, die Urämie, in einer erhöhten molekulären Konzentration des Blutes und daraus resultierenden Wasserentziehung aus den Geweben, ihre häufige, wenn auch nicht konstante Ursache haben.

Paul Cohn-Berlin.

Über die Herkunft der Oxalsäure im Harn. Von Lommel. (D. Archiv f. klin. Med. 1899. Bd. 63, H. 5. 6. S. 599—611.)

Aus einer Reihe von Fütterungsversuchen an sich selbst und an anderen hat L. die folgenden Ergebnisse gewonnen:

1. Die im menschlichen Harn erscheinende Oxalsäure rührt, wenn überhaupt, so doch nur zu sehr geringen Teilen von der mit der Nahrung eingeführten Oxalsäure her.

2. Der bei weitem gröfste Teil der Oxalsäure entsteht im Organismus.

3. Die nach Aufnahme gröfserer Oxalsäuremengen in Harn und Faeces erscheinende Oxalsäure beträgt nur einen geringen Bruchteil der eingeführten. Zersetzung im Organismus ist wahrscheinlich, eine solche im Darm nicht auszuschliefsen.

4. Die Oxalsäureausscheidung steht nicht im direkten Zusammenhang mit der Eiweifszersetzung.

5. Nucleinreiche Kost bewirkt neben der bekannten Harnsäuresteigerung auch eine bedeutende Vermehrung der Oxalsäureausscheidung.

6. Leimreiche Kost bewirkt ebenfalls Vermehrung der Oxalsäureausscheidung.

Die Oxalsäure wurde nach der Methode von Neubauer, unter Berück-

sichtigung der Angaben von Fürbinger und Czapek und Huppert ausgeführt. L. nimmt an, dafs hierüber die Fehler gegenüber den in den Versuchen erwarteten grofsen Schwankungen bedeutungslos sind.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über die Ausscheidung der Harnbestandteile im Fieber. Von v. Moraczewski. (Virchows Archiv 1899, Bd. 155, H. 1, S. 11—43.)

Dafs im Fieber ein Verlust von Stickstoff und Phosphor, dagegen eine Retention von Chlor und Natrium statt hat, ist seit lange bekannt. Neuere Untersuchungen aber haben gezeigt, dafs dies nur für die Zeit der gleichmäfsigen Höhe des Fiebers gilt, dafs aber zu Beginn und zu Ende des Fiebers, sowie bei Recrudescenzen der Stoffwechsel sich anders verhält. M. hat nun bei zwei Fällen von Febris continua mit allmählichem Absteigen der Temperatur (Typhus), ferner bei einem Fieber mit Krise (Pneumonie), endlich bei einer Malaria und bei einem hektischen Fieber in den einzelnen Perioden der Fieber den Stoffwechsel bestimmt. Es wurde Harnstoff, Gesamtstickstoff, Harnsäure, Xanthinbasen, Ammoniak, Chloride, Phosphate, Kalium, Natrium, Calcium bestimmt.

Die Ergebnisse der einzelnen Fälle müssen im Original eingesehen werden; im ganzen ergab sich folgendes Verhalten: die Ausscheidung bei Fieberabnahme kann die Merkmale einer Fieberausscheidung verstärkt zeigen, indem nach dem Abfall der Temperatur das Chlor erst recht zurückgehalten und der Stickstoff und Phosphor erst recht ausgeschieden werden. Bei nochmaliger Erhöhung des Fiebers nun aber tritt das gerade Gegenteil ein: das Chlor wird vermehrt, Stickstoff und Phosphor vermindert ausgeschieden, es entsteht ein Bild, welches dem Genesungsstoffwechsel entspricht, Steigen des Chlors bis zur Norm, Sinken des P und N bis zur Norm. Die Erklärung dieser komplizierten Vorgänge fufst am besten auf den Änderungen der Cirkulation und den hierdurch bedingten Änderungen der Diffusion zwischen Blut und Geweben.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung. Von Doc. Dr. R. v. Limbeck. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 34, pg. 419.)

Zufuhr von organischen als auch anorganischen Säuren hatte beim Menschen entgegen den bisherigen Anschauungen nicht eine besonders starke Vermehrung des Ammoniaks im Gefolge. An der Neutralisation der Säuren beteiligten sich in erster Linie die fixen Alkalien: Kali und Natron, in viel geringerem Grade die Jodalkalien, ja diese letzteren wurden sogar vermindert gefunden. Zum Bilde der Säurevergiftung gehören also neben der erhöhten Stickstoff- und Ammoniak- auch die erhöhte Alkaliausfuhr. Bei der Prüfung dieses Satzes an klinischen Fällen fand sich derselbe bestätigt in Fällen von schwerem Diabetes und bei Phosphorvergiftung; wechselnd war das Bild bei Fieber nur in einem Falle, von intermittens zeigte der Fiebertag gegen die fieberfreie Zeit, erhöhten Eiweifszerfall (bei ganz gleichbleibender Nahrungsaufnahme) Ammoniurie und Alkaliurie; in anderen Fällen traten diese Erscheinungen erst nach der Krise auf, in wieder anderen

fehlten sie ganz. In einem Falle von Karcinom des Ductus choledochus fand sich neben geringem Stickstoffverlust hohe Ammoniurie, aber keine Alkaliverluste bei einem Magenkarcinom fand sich keines davon aber das Auftreten einer starksaueren Substanz wahrscheinlich einer aromatischen Oxysäure. Malfatti-Innsbruck.

Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. Von Dr. med. C. Beier. (Bauske, Curland, mit 118 Abbildungen im Text.)

Medizinische Bibliothek für prakt. Ärzte, Nr. 153—156, Leipzig 1899. 8⁰ 249 Seiten, M. 2.—

Das vorliegende Büchlein gehört zu den wenigen kleineren Werken, welche den ganzen Menschen und nicht nur das Sekret in das Bereich ihrer Betrachtung ziehen und wird darum dem Praktiker um so mehr willkommen sein. Es ist also der gröfsere Teil des Werkes der Semiologie des Harns gewidmet, die Beschreibung der einzelnen Harnproben tritt mehr in den Hintergrund und beschränkt sich auf jene Reaktionen, welche der praktische Arzt auch ohne das Rüstzeug der Laboratorien ausführen kann bezw. soll. Dafs nicht jeder Leser jeden Satz ohne Widerspruch aufnehmen wird, versteht sich bei der Geteiltheit der Meinungen auf dem behandelten Gebiet von selbst. Dabei mufs der Fleifs und das Geschick mit dem das Ganze zusammengestellt ist, rühmend hervorgehoben werden; weniger zu loben sind die zahllosen, oft sinnstörenden Druckfehler und andere kleine Ungenauigkeiten, welche manchmal einen Satz (cf. pg. 55 u. m. a.) ganz unverständlich werden lassen. Es wird leicht sein bei einer hoffentlich nötig werdenden 2. Auflage diese Dinge (vielleicht auch das über Albumosurie Gesagte) abzuändern. Malfatti-Innsbruck.

Beiträge zur Harnanalyse (I. Mitteilung), **Eine neue Methode zur Bestimmung der Alkalien.** Von Richard Pribram und Georg Gregor. (Zeitschr. f. analyt. Chemie. Bd. 38, pg. 401.)

Nach einer Prüfung der zum genannten Zwecke verwendeten Methoden — wobei sich das Verfahren von Heintz als ungenau, das von Bunge und Salkowski-Munk als sehr zeitraubend, das von Lehmann als sehr exakt erwies, besonders wenn der Harn nicht unter Ammoniumsulfatzusatz, sondern direkt mit Schwefelsäure abgeraucht und verascht wird — empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: 50 cm^3 Harn werden mit 10—20 cm^3 wenn nötig auch mehr $10^0/_0$iger Bariumpermanganatlösung unter Zusatz von 10 cm^3 $10^0/_0$iger Schwefelsäure in der Siedehitze oxydiert. Aus der Flüssigkeit wird das überschüssige Permanganat durch Oxalsäure, die Schwefelsäure durch Chlorbarium, und dieses durch Ammoniumkarbonat entfernt, dann quantitativ filtriert und das Filtrat in gewogener Platinschale abgedampft und vorsichtig geglüht. Zurückbleiben die Chloride von Natrium und Kalium.

Malfatti-Innsbruck.

Phosphorstoffwechsel im Säuglingsalter v. Dr. Arthur Keller. (Zeitschr. f. klin. Med. 1899 Bd. 36 pg. 49.)

Verf. macht auf die Verschiedenheiten der Bindung des Phosphors

in der Frauenmilch und der Kuhmilch aufmerksam, von denen erstere im Vergleich zur letzteren weniger Gesamt- und Casein-Phosphor, aber mehr Nuclein-Phosphor enthält. Nach einer sorgfältigen Zusammenstellung und Kritik der einschlägigen Litteratur teilt Verf. eigene Versuche mit, aus denen hervorgeht, dafs bei Brustkindern oder mit abgerahmter Milch ernährten Kindern viel mehr Stickstoff im Vergleich zur Phosphorsäure durch den Harn ausgeschieden wird, als bei mit verdünnter Kuhmilch oder Sahne ernährten Kinder. In der Frauenmilch ist das Verhältnis von Phosphorsäure zu Stickstoff ungefähr 1 : 3,3, in der Kuhmilch etwa 1:2,3, im Harne der Brustkinder ist dieses Verhältnis etwa 1 : 7 im Harn der künstlich Genährten etwa dafselbe wie in der Nahrung. Daraus mufs man folgern, dafs der Phosphor der Frauenmilch im kindlichen Organismus befser ausgenutzt würde, wenn man nicht etwa annehmen will, dafs von dem Phosphor der Frauenmilch weniger aus dem Darm resorbiert, oder auch mehr in den Darm hinein abgeschieden werde. Malfatti-Innsbruck.

Phosphorsäureausscheidung nach Kastration v. Fr. N. Schulz und O. Falk. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 27 pg. 250.)

Die Beobachtungen von Curatulo u. Tarulli, nach welchem die Kastration bei Hündinnen die Phosphorausfuhr aus dem Organismus beschränken sollte, wurden vielfach zur Erklärung der günstigen Wirkung der Kastration bei Osteomalacie herangezogen. Verf. kritisieren diese Aufstellungen und berichten über zwei sorgfältig durchgeführte Versuche, bei welchen eine Phosphor-Retention im Organismus nach Kastration nicht nachgewiesen werden konnte. Malfatti-Innsbruck.

Weitere Beiträge zur Erforschung der Bedingungen der Harnsäurebildung. Von Dr. med. J. Weiss (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 27 pg. 216).

1 Tr. Crotonöl, 10 gr. Glycocoll, auch ebenso viel Harnsäure je an einem Tage genommen brachten keine auffallende Vermehrung der Harnsäure-Ausscheidung hervor, wohl aber Thymusnahrung (375 gr.)

Malfatti-Innsbruck.

Harnsäure- oder Alloxurdiathese? Von Dr. L. Badt. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 34, pg. 359.)

Eine grofse Anzahl wertvoller Harnanalysen aus allen Stadien der reinen und der durch Nierenläsionen komplizierten Gicht, aus denen die Unhaltbarkeit der Kolischschen Hypothese, dafs die Gicht eine „Alloxurdiathese" sei, sich ergiebt. Malfatti-Innsbruck.

Über Alloxurkörper und neutralen Schwefel in ihrer Beziehung zu pathologischen Änderungen im Zellleben. Von Dr. Rudolf Schmidt. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 34, pg. 263.)

In ausgedehnten Untersuchungen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden mufs, tritt Verf. einer zu einseitigen Auffassung der Alloxurkörper als Spaltungsprodukten des Nucleins, entgegen. Wie dieses selbst aus Eiweifs der Nahrung sich bilden, sind auch jene Endprodukte des Eiweifsstoffwechsels, und leiten sich von Nahrungseiweifs, bezw. bei Inanition,

Kachexie etc. vom Körpereiweifs ab. Daher mufs bei der Beurteilung ihrer Ausscheidungsmenge auch die Menge des gleichzeitig ausgeschiedenen Stickstoffes in Betracht gezogen werden. Mengen bis zu 2 g können bei übermäfsigem Fleischgenufs normal, sehr kleine Mengen (bei niedriger N-Ausscheidung) pathologisch vermehrt sein. Bei den vom Verf. untersuchten Fällen von schweren Anämien, waren trotz verminderter Leukocytenzahl und des Fehlens von Gewebezerfall (keine Gewichtsabnahme) die Alloxurkörper relativ vermehrt (1,4 g Alloxurkörper als Harnsäure auf 16,6 g Stickstoff), auch der neutrale Schwefel war absolut und relativ vermehrt. Das Leben der einzelnen Zellen scheint nach bestimmten Richtungen hin geändert zu sein. Malfatti-Innsbruck.

Über die Ausscheidung des Schwefels in pathologischen Zuständen. Von Dr. Heinrich Benedict. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 36 pg. 281—334.)

Eine Reihe von Körpern im Harne, Oxalsäure, Cystin, Aceton, die Leukomine Pöhls und verschiedene andere galten lange Zeit für nicht vollständig oxydierte Endprodukte des Stoffwechsels — intermediäre Körper — und ihr Auftreten galt als das Zeichen verlangsamten Stoffwechsels oder unvollkommener Oxydation im Organismus. Diese Auffassung hat sich als irrig erwiesen. Auch das Auftreten schwefelhaltiger Verbindungen im Harne, des sogenannten neutralen oder nicht oxydierten Schwefels, wurde als ein solches Zeichen aufgefafst. Verf. fand aber in seinen ausgedehnten Versuchen, dafs die Menge dieses neutralen Schwefels einen nur zwischen engen Grenzwerten schwankenden ziemlich konstanten Wert darstellt, der ziemlich unabhängig ist von der Zerzetzung des Körpereiweifses; und dessen so auffallend schwankendes Verhältnis zum oxydierten Schwefel (Sulfate und Ätherschwefelsäuren) nur durch Vermehrung oder Verminderung des letzteren bedingt wird. Ähnlich also wie neben dem Eiweifsstoffwechsel ein von diesem ziemlich unabhängiger Zellkernstoffwechsel einhergeht, der die Harnsäure etc. liefert, so findet auch ein Stoffwechsel bisher unbekannter Zellbestandteile statt, dessen Endprodukte die Substanzen des neutralen Schwefels darstellen. Hiergegen scheint die Ausscheidung dieser letzteren in einer gewissen Abhängigkeit zu stehen von der mehr oder minder lebhaften Zersetzung der Fette, in ähnlicher Weise wie etwa die Zersetzung von Kohlehydraten die Acetonurie beeinflufst. Es sinkt nämlich die Menge des neutralen Schwefels in der Rekonvalescenz nach fieberhaften Erkrankungen und in der Nachperiode nach starker Muskelarbeit, aber auch unter Umständen nach Fettzulage zu einseitiger Eiweifsnahrung. Sie steigt andererseits nach gewissen toxischen Einflüssen (Chloroform, Alkohol, Phosphor, Arsen, Sauerstoffmangel), die alle gleichzeitig die vollständige Zersetzung der Fette hindern, so dafs es dabei auch zu Organverfettungen kommt. Die bei solchen Intoxikationen auftretenden Schwefelverbindungen können zwar auch als ganz andersartige dem Organismus sonst fremde Substanzen aufgefafst werden, wie etwa die bleischwärzende Substanz nach Chloroform und die Bromphenylmercaptursäure nach Brombenzolverfütterung. Jedenfalls aber zeigen sie, dafs wenigstens

ein Teil des neutralen Schwefel als intermediäres Stoffwechselprodukt auftreten und unter günstigen Verhältnissen — vielleicht eben die Zersetzung der Fette — zur Schwefelsäure oxydiert werden kann. Malfatti-Innsbruck.

Albumosurie ein Symptom der primären multiplen Knochensarkomatose. Von V. de Holstein. (Sem. Méd. 1899, 15. März.)

Nach de H. stellt die Albumosurie ein wichtiges Symptom der primären multiplen Knochensarkomatose dar. Zum Nachweis der Albumose säuert man den Harn mit Essigsäure stark an und fügt einige Tropfen einer gesättigten Chlornatriumlösung hinzu. Bei Vorhandensein von Albumose bildet sich ein starker Niederschlag, der sich beim Erhitzen auflöst. Verf. bespricht in Anschlufs hieran kurz die allgemeine Symptomatologie der multiplen Knochensarkomatose. Dreysel-Leipzig.

On „Albuminuria in the apparently healthy“. Von Harkins. (Brit. Med. Journ. 9. Dec. 1899.)

Der Verf. unterscheidet folgende Formen von Albuminurie beim Gesunden: 1. Arbeitsalbuminurie. Dieselbe findet sich bei kräftigen und vollständig gesunden Leuten nach länger dauernden, stärkeren Anstrengungen. Der Hauptfaktor bei der Entstehung dieser Form ist die durch verlängerte Muskelarbeit erzeugte Steigerung des Blutdrucks. 2. Nervöse Albuminurie, welche nach starken geistigen Anstrengungen oder Aufregungen etc. entsteht. 3. Albuminurie nach einem kalten Bade. Diese Form ist selten. 4. Diätetische Albuminurie. Dieselbe entsteht entweder durch Einführung grosser Eiweissmengen (Käse, Eier etc.) oder durch Nahrungsaufnahme überhaupt, doch ist die letztere Form recht zweifelhafter Natur. 5. Positionsalbuminurie. Dieselbe tritt stets morgens nach dem Aufstehen ein und dürfte durch den Übergang aus der liegenden in die aufrechte Stellung, sowie auch durch das Herumgehen zeitig am Morgen etc. verursacht sein. Über die ferneren Schicksale solcher Individuen fehlen bis jetzt noch genaue Beobachtungen. Es ist nur bekannt, dafs Fälle von Albuminurie bei Gesunden durch mehrere Jahre hindurch unverändert bleiben. Ob sich nicht später doch vielleicht ein Nierenleiden anschliefst, ist bis jetzt nicht bekannt. v. Hofmann-Wien.

Ein Fall intermittierender Albuminurie. Von Schirokaner (Münch. Med. Wchschr. 1899, 39) mitgeteilt, ist interessant, weil die Alb. durch sechswöchentliche Bettruhe für $1^1/_2$ Jahre beseitigt, durch ein kaltes Bad wieder herbeigeführt wurde, nach Märschen und unter dem Einflufs der Nässe eintrat, ohne dafs der Gröfse des Reizes ihre Gröfse und Dauer proportional war. P. hatte 14 Jahre vorher, im 6. Lebensjahre eine Scharlach-Nephritis durchgemacht. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Beiträge zur qualitativen und quantitativen Gallenfarbstoffbestimmung im Harn. Von Dr. Adolf Jolles. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 27, pg. 83.)

Verf. verteidigt seine Methoden gegen J. Munk, (siehe dt. Centralbl. Bd. X, pg. 422, Referat Nr. 1496) und empfiehlt dieselbe auch zur quantitativen Bestimmung des Gallenfarbstoffes, indem die Chloroformlösung des-

selben mit Jodlösung behandelt, und die verschwindende Jodmenge mit unterschwefligsaurem Natron ermittelt wird. Malfatti-Innsbruck.

Paroxysmal haemoglobinuria in a child. (Brit. Med. Journ. Jan. 20. 1900.)

Diskussion im Anschlufs an einen von Lunn in der Clinical Society of London vorgestellten Fall. Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, in deren Familie Zeichen von Syphilis bestanden. Von verschiedenen Beobachtern wurde ein derartiger Zusammenhang zwischen paroxysmaler Hämoglobinurie und Lues konstatiert. Ebenso trifft Hämoglobinurie häufig mit Oxalurie zusammen. v. Hofmann-Wien.

Über die Bildung von 3-Methylxanthin aus Coffeïn im menschlichen Organismus. Von Manfredi Albanese. (Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. Bd. 32, pg. 2280.)

Coffeïn verhält sich im Organismus des Menschen, des Hundes und des Kaninchens verschieden, während das Kaninchen nach Coffeïneingabe Xanthin ausscheidet, scheidet der Hund 3-Methylxanthin, der Mensch ein Dimethylxanthin, das wahrscheinlich Theophyllin (1,3) ist.

Malfatti-Innsbruck.

Sur la présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques. Von Terrile. (La Presse Méd. Nr. 89, 8. Nov. 99.)

Terrile fand den Typhusbazillus im Urin in 40 %; er kommt ohne Albuminurie vor, kann in der ersten Woche und bei voller Rekonvalescenz auftreten, überwiegt im Urin häufig die im Stuhl gefundenen Quantitäten. Verf. betont die Wichtigkeit dieses Befundes in differentialdiagnostischer und prophylaktischer Hinsicht. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über die quantitative Bestimmung des Phenols im Harn. Von Karl Neuberg. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 27, pg. 123.)

Kohlehydrate und die im Harn vorkommenden Glykuronsäureverbindungen liefern beim Destillieren mit Schwefelsäure jodbindende Produkte. Die Phenole lassen sich also nicht direkt im Destillate nachweisen, und die bei Diabetes gefundenen hohen Phenolwerte sind unrichtig.

Verf. läfst das Destillat zuerst durch kohlensauren Kalk von salpetriger- und Ameisensäure befreien, dann in einen 2-Literkolben mit einer Auflösung 1 g Ätznatron und 6 g festen Bleizucker andauernd kochen, wobei die Phenole als Bleiphenolate zurückbleiben leicht flüchtige Aldehyda etc. aber entweichen; dann wird mit Schwefelsäure angesäuert, wieder destilliert und im Destillate die nun reinen Phenole in gewöhnlicher Weise mit Jod titriert.

Malfatti-Innsbruck.

Urotropin as a disinfectant of the urinary tract in cases of typhoid fever attended by typhoid bacilli in the urine. Von M. W. Richardson. (Jour. Mass. Assoc. of Boards of Health 1899, Juli.)

R. hat bei 104 Fällen von Typhus 23 mal im Urin Bacillen gefunden. Seine Schlufsfolgerungen lauten: 1. Typhusbacillen finden sich im Urin in ungefähr $^1/_4$ der Fälle. 2. Die Menge der Bacillen ist bisweilen eine ganz enorme, so dafs durch sie allein eine Trübung des Harns entstehen

kann. 3. Die Bacillen können Wochen, Monate und selbst Jahre nach der Erkrankung noch nachweisbar sein. 4. Wie an einem Falle nachgewiesen werden konnte, ist die Virulenz der Bacillen im Urin eine ebenso starke wie die in den inneren Organen und in den Stühlen vorhandenen. 5. Der Urin von Typhuskranken soll nicht allein während der Krankheit desinfiziert, sondern auch während der Rekonvalescenz genau überwacht werden. Zur Vernichtung der Bacillen eignet sich am besten das Urotropin, das eine Woche lang innerlich in Dosen von 0,6 3mal tgl. gegeben werden soll.

Dreysel-Leipzig.

Künstliche Erzeugung von Gicht. Von Kionka. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 4.)

Dem Verf. gelang es, bei Hühnern durch eine während eines Zeitraums von 3—5 Monaten fortgesetzte Fleischfütterung echte Gicht zu erzeugen, und zwar konnte er im allgemeinen 3 Formen dieser Erkrankung unterscheiden: bei der ersten trat Schwellung der Gelenke an den Beinen, Appetitlosigkeit, rapide Abmagerung und später Exitus ein. Die Uratablagerungen waren wohl nachweisbar, aber nicht sehr erheblich. Die zweite Form war charakterisiert durch allmähliche Ausbildung starker Tophi an den Gelenken und zwischen den Sehnenscheiden an Beinen und Füfsen. Die dritte Art repräsentierte vornehmlich die viscerale Gicht mit Uratablagerungen auf den serösen Häuten der Eingeweide und Harnsäureinfarkten in den Nieren. Bei allen durch Fleischfütterung zu Grunde gegangenen Tieren liefs sich die Gichtniere nachweisen mit kleinzelliger Infiltration, Schwund der Epithelien an den gewundenen Harnkanälchen und teilweiser Ausfüllung des Lumens der Kanälchen mit Uratkrystallen. Was den Stoffwechsel anbetrifft, so war die Ausscheidung sehr grofs, 3,4—5,4 g pro Tag, ebenso die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure, die zwischen 7—11 g pro Tag schwankte, doch konnte durch Darreichung von Kalk die täglich abgegebene Harnsäuremenge auf 3,5—6 g verringert werden, ein Befund, der nach den Untersuchungen von Noorden, Straufs und Herxheimer auch auf den menschlichen Stoffwechsel zuzutreffen scheint.

Paul Cohn-Berlin.

I. Weiteres über die quantitative Bestimmung des Harnindicans. Von Eyvin Wang. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 27, pg. 135, ferner Bd. 28, pg. 576.)

II. Über die quantitative Bestimmung des Harnindicans nach Wang-Obermayer. Von Jac. Bouma (ibid. pg. 348.)

In der I. Arbeit erklärt W. bezugnehmend auf seine früheren Auseinandersetzungen mit Obermayer (cf. des Centralbl. Bd. X, pg. 429), dafs auch das von letzterem vorgeschlagene Reinigungsverfahren für das aus dem Harn dargestelle Indigoblau nicht ausreiche, und schlägt seinerseits vor, den Abdampfrückstand von der Chloroformlösung mit Alkoholäther auszuwaschen, das zurückbleibende Indigoblau mit Chloroform nochmals aufzunehmen, zu verdampfen und nun erst mit Schwefelsäure zu lösen und mit Permanganat zu titrieren.

Demgegenüber bemerkt B., dafs durch diese Reinigungsverfahren die gefundenen Werte zwar um 30% herabgedrückt würden, dafs aber die weggewaschenen Farbstoffe Abkömmlinge des Indicans seien, gerade so wie das Indigoblau. Wird die Reaktion bei niedriger Temperatur ausgeführt, so entsteht viel mehr Indigorot, bei 50° fast nur Indigoblau. Aus den Abdampfrückständen der Chloroformausschüttelungen läfst sich durch Äther fast reines Indigorot, dann durch Alkohol Indigobraun, endlich durch Chloroform Indigoblau in Lösung bringen, indes ergab sich die Identität dieser Farbstoffe mit den aus dem pflanzlichen Indican bei der Oxydation Entstehenden. Verf. empfiehlt daher die genannten Auswaschungsmethoden bei der Indicanbestimmung im Harn nicht anzuwenden. Wang jedoch (Über die rotbraunen Farbstoffe bei der quantitativen Bestimmung des Harnindicans, Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 28, pg. 276) hält auf Grund der Löslichkeitsverhältnisse, die in Frage stehenden, braunen Farbstoffe nicht für Abkömmlinge des Indicans oder verändertes Indigo. Er stellt fest, dafs die aus demselben Harn erhältlichen Mengen von Indigoblau trotz verschiedener Anordnung des Versuches konstant waren, und dafs die Menge der entstehenden, rotbraunen Farbstoffe von der Art der Nahrung abhängig ist (Fleischnahrung vermindert sie erheblich). Da ferner das Chloroform aufser Indigo noch Benzoësäure, Phenole (aus gespaltener Hippur- und Ätherschwefelsäure des Harns) und aromatische Oxysäuren enthalten mufs, hält W. die Waschung des Chloroformrückstandes doch für notwendig.

Malfatti-Innsbruck.

Über das Verhalten des salzsauren Glycosamins im Tierkörper. Von Dr. Edmund Fabian. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 27 pg. 167.)

Das Glycosamin, der als Spaltungsprodukt des Chitins bekannte Amido-Zucker, erwies sich in den Versuchen des Verf. als nicht fähig zur Glycogenbildung. Nach Verfütterung grösserer Gaben 15—20 gr (Kaninchen) geht es teilweise in den Harn über, nach Verfütterung kleinerer Gaben 2—3 gr nicht, wohl aber nach subkutaner Einverleibung derselben. Die Resorption aus dem Darm erfolgt sehr langsam, so dafs 12 Stunden nach der Verfütterung noch Glycosamin als solches im Darm nachweisbar ist.

Malfatti-Innsbruck.

Psoriasis und Glykosurie. Von Nagelschmidt. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 2.)

Wie aus diesbezüglichen Litteraturangaben hervorgeht, werden Diabetiker sehr selten von Psoriasis befallen, während umgekehrt die Fälle, in denen sich zu einer Psoriasis ein Diabetes hinzugesellt, häufiger zu sein scheinen; auch Verf. konnte einen solchen beobachten, jedoch reicht das Material nicht aus, um daraus einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen zu konstruieren. Um daher die Frage, wie weit Psoriasiskranke leichter zur Glykosurie geneigt sind als Gesunde, näher zu treten, wurde eine Reihe solcher Kranken einer Untersuchung auf alimentäre Glykosurie unterzogen. Sie erhielten morgens auf nüchternen Magen 100 g

wasserfreien Traubenzucker in $^1/_2$ Liter Wasser gelöst. Der Urin wurde unmittelbar vorher, sowie innerhalb 3—4 Stunden nachher stündlich untersucht, und zwar mit der Trommerschen, Nylanderschen und Gährungsprobe, sowie mittelst Polarisation, wobei nur dann ein positives Resultat angenommen wurde, wenn sämtliche 4 Methoden positiv ausfielen. Von 25 in dieser Weise untersuchten Fällen zeigten 8 alimentäre Glykosurie, worunter sich allerdings je ein Fall von Nephritis chron., Fettsucht und spastischer Spinalparalyse befand, so dafs diese 3 Fälle nicht vollkommen einwandsfrei waren; immerhin ist auch der übrigbleibende Prozentsatz noch auffallend grofs, zumal diesbezügliche Untersuchungen bei einer Reihe von anderen Hautkranken negativ ausfielen. Paul Cohn-Berlin.

Anomalie des échanges du chlore dans le diabète insipide. (Von Ferrannini Andrea. La Presse Méd. Nr. 89, 8. Nov. 99.)

Bei jeder Art von Diabetes insipidus besteht die Neigung zu vermehrter Chlorausscheidung ohne Beeinträchtigung der Stickstoffausscheidung. Bei einem Kranken, der auf Eiweifs-Fetternährung mit sehr wenig Chlor gesetzt wurde, verschwanden die krankhafte Chlorausscheidung und die Polyurie innerhalb eines Vierteljahres. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über die alimentäre Pentosurie der Diabetiker. Von v. Jaksch. (Archiv f. klin. Med. 1899, Nr. 63, H. 5—6, S. 612—632.)

Von den Pentosen wird Arabinose in Mengen von 48—82%, Xylose nur in Spuren, Rhamnose zu $^1/_3$—$^1/_2$ wieder ausgeschieden. Keine derselben aber kann von den Zellen des diabetischen Organismus verwertet werden, und etwa zum Ersatz des Traubenzuckers dienen. Sie führen beim Diabetiker zur vermehrten Diurese, sie rufen Diarrhoen hervor, am intensivsten die Rhamnose, endlich aber ist infolge ihrer Verabreichung kein Rückgang der Glykoseausfuhr, wohl aber eine Steigerung der Stickstoffausfuhr eingetreten; die Steigerung des Eiweifszerfalles war bei der Xylose „ganz enorm, anscheinend tagelang anhaltend“.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

De l'admissibilité des glycosuriques. Von Le Boeuf. (Journ. Med. de Bruxelles 1899, 12. Okt.)

Da verschiedene andere Substanzen Zucker im Urin vortäuschen können, so ist bei den Untersuchungen wegen Lebensversicherung in dieser Beziehung besondere Vorsicht nötig. Verf. schlägt vor, zuerst die Fehlingsche Probe vorzunehmen und, wenn diese positiv ausfällt, hieran die Gärungsprobe anzuschliefsen. Eine einfache physiologische Glykosurie sollte nur dann angenommen werden, wenn man den Betreffenden längere Zeit beobachtet und den Urin mehrfach auch nach Veränderung der Lebensweise untersucht hat. Da auch beim wirklichen Diabetes der Zucker zeitweise ganz fehlen kann, so sollte immer eine sehr genaue Anamnese bezüglich Heredität und vorausgegangener Krankheiten aufgenommen werden. Zurückzuweisen, oder wenigstens zurückzustellen, ist jeder Diabetiker, jeder, der an einer einfachen oder intermittierenden Glykosurie leidet. Eine Ausnahme ist nur

dann statthaft, wenn die Glykosurie nur von ganz kurzer Dauer war, wenn seither mindestens 5 Jahre ohne Recidiv verstrichen sind, und wenn sich anamnestisch nichts Verdächtiges ergiebt. Dreysel-Leipzig.

Über die Bedeutung der Glykuronsäure für die Phenylhydrazinprobe im Harn. Von Paul Mayer. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 1.)

Die Phenylhydrazinprobe wird von manchen Autoren nicht für absolut zuverlässig erachtet, da auch bei Behandlung von zuckerfreien Harnen mit diesem Reagens öfters Krystalle auftreten, welche in ihrem Aussehen solchen des Traubenzucker-Osazons völlig gleichen, in Wirklichkeit aber wohl Glykuronsäureverbindungen darstellen. Die Glykuronsäure kommt im Harn niemals frei, sondern nur im gepaarten Zustand vor; als solche geht sie aber mit dem Phenylhydrazin keine Verbindung ein und mufs sich zu diesem Zwecke erst abspalten, was unter dem Einflusse konzentrierter Säure durch Erhitzen im Wasserbade, manchmal auch schon, wie man bei der Menthol-Glykuronsäure durch die Orcinprobe nachweisen kann, durch 24 stündiges Stehen geschieht. Verf. stellte nun fest, dafs Harne, welche Naphthol- oder Thymol-Glykuronsäure enthielten, bei Behandlung mit Phenylhydrazin keine Verbindung lieferten; dagegen verhielt sich Harn, der nach Eingabe von 5 g Menthol entleert wurde und Menthol-Glykuronsäure enthielt, folgendermafsen: er reduzierte Fehlingsche Lösung in verzögerter Form, drehte schwach links, gärte nicht, gab aber die schönsten Phenylhydrazinkrystalle, die in ihrem Aussehen vollkommen dem Glukosazon entsprachen und deren Schmelzpunkt zwischen 200 und 215° liegt. Weitere Untersuchungen müssen lehren, ob andere gepaarte Glykuronsäuren dasselbe Verhalten zeigen. Die Phenylhydrazinprobe kann also bei oberflächlicher Untersuchung des Harns einmal zu Täuschungen Veranlassung geben, eine genaue Untersuchung und besonders der negative Ausfall der Gärungsprobe wird schnell alle Zweifel beseitigen. Paul Cohn-Berlin.

Untersuchungen über alimentäre Glykosurie. Von Dr. Felix Raphael. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 37, pg. 19.)

Auf Grund der eigenen Versuche und Heranziehung der Litteratur glaubt Verf. keinen prinzipiellen, sondern nur einen graduellen Unterschied zwischen eigentlichem Diabetes und der alimentären Glykosurie, wie sie durch Traubenzuckerzufuhr erzeugt wird. Doch darf nicht etwa jeder, der das Symptom der alimentären Glykosurie darbietet gleich als zukünftiger Diabetiker betrachtet werden; die Disposition zu derselben ist bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten bald vorhanden, bald nicht. Ein bestimmtes Verhältnis zwischen zugeführter und ausgeschiedener Zuckermenge besteht nicht, gröfsere Traubenzuckermengen werden aber manchmal auffallenderweise selbst absolut besser ausgenützt als kleinere. Was die Zeit der Ausscheidung betrifft, so erfolgt diese sehr rasch und war fast jedesmal sowohl beim Diabetiker nach Eingabe von Mehlsuppe als auch beim Normalen nach Traubenzuckerzufuhr nach 4 Stunden beendet; doch schieden leichte Diabetiker nach Zufuhr von Traubenzucker mehr Zucker durch den

Harn aus, als nach Aufnahme der gleichen Kohlenhydratmenge in Form von Amylaceen. Malfatti-Innsbruck.

Die alimentäre Glykosurie und ihre Beziehungen zu Pankreasaffektionen. Von Wille. (D. Archiv f. klin. Med. 1899, 63. Bd., H. 5—6, S. 546—582.)

W. hat bei 800 Pat. des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg die Traubenzuckerfütterungsprobe behufs Erkennung alimentärer Glykosurie angestellt. Von denselben kamen 77 zur Sektion. Von den 15 unter diesen 77, welche bei Lebzeiten wiederholt alimentäre Glykosurie bekommen hatten, waren nicht weniger als 10, also 66 %, mit hochgradigen pathologischen Veränderungen des Pankreas behaftet. Es handelte sich dabei sowohl um schwere Entzündungen mit Untergang des Parenchyms, wie um ausgesprochene Atrophieen und Fettdegenerationen, um primäre Carcinome, wie um Metastasen im Pankreas. In einem grofsen Teil dieser Fälle waren Erkrankungen der anderen Organe, die man sonst für das Zustandekommen der alimentären Glykosurie verantwortlich gemacht hat, wie Leber-, Gallenblasen-, Nieren-, Gehirnschädigungen nicht zu konstatieren. W. zieht aus seinen Versuchen, Sektionsbefunden und mikroskopischen Untersuchungen folgenden Schlufs: „In dem regelmäfsigen Auftreten alimentärer Glykosurie ist ein wichtiges diagnostisches Merkmal für eine bestehende Pankreaserkrankung zu suchen; bei nur zeitweise auftretender alimentärer Glykosurie ist der Verdacht einer Pankreasaffektion nicht von der Hand zu weisen; aus dem Fehlen des Symptoms aber ist nicht mit Sicherheit das Pankreas als gesund zu diagnostizieren. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über alimentäre Glykosurie. Von Raimann. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 8, 1900.)

Im wesentlichen eine Einleitung zu einer gröfseren Arbeit über dieses Thema, welche der Verf. in Aussicht stellt, über deren Resultate später ausführlich berichtet werden soll. In der vorliegenden Abhandlung wird zunächst der Begriff der alimentären Glykosurie festgestellt. Verf. weist darauf hin, dafs die bisher übliche Methode der Prüfung auf alimentäre Glykosurie kein vollkommen richtiges Bild gebe und empfiehlt daher in jedem einzelnen Falle die Assimilationsgrenze als Zahl zu bestimmen. Glykosurie wird dann als vorhanden angenommen, wenn der Zuckergehalt des Harnes 0,2 % erreicht. v. Hofmann-Wien.

Zur Frage des Nierendiabetes. Von Dr. Paul Friedrich Richter. (Aus dem Laborator. der III. med. Univers.-Klinik in Berlin, Prof. Senator. Deutsch. med. Woch. 1899, Nr. 51.)

Der Verf., dem wir bereits eine Reihe ausgezeichneter experimenteller Arbeiten aus dem Gebiete der inneren Medizin verdanken, versuchte die in letzter Zeit wieder in Flufs gekommene Frage des „Nierendiabetes“ auf dem Wege des Experimentes einer Lösung entgegenzuführen. Durch Injektion sehr kleiner, sorgfältig gewählter Mengen von Cantharidin gelang es ihm bei Kaninchen fast konstant Glykosurie zu erzeugen. Ob hierbei die mit den pathologischen Veränderungen des Nierenparenchyms auch veränderten

Cirkulationsverhältnisse in der Niere im Sinne Senators eine Rolle spielen, oder ob die destruktiven Prozesse an den Epithelien der Harnkanälchen dazu beitragen, dafs der Zucker im Blute nicht mehr zurückgehalten wird, mufs einstweilen noch unentschieden bleiben. Jedenfalls sind die Untersuchungen Richters geeignet, auf die bisher klinisch dunklen Fälle von „Nierendiabetes" etwas mehr Licht zu werfen. Jeder, der sich mit den einschlägigen Fragen eingehender beschäftigen will, wird gut thun, die Arbeit im Original zu lesen, um so mehr, als auch alle bisherigen Veröffentlichungen anderer Autoren über diesen Gegenstand eine eingehende kritische Würdigung darin gefunden haben. L. Manasse-Berlin.

Zur Frage des Nierendiabetes. Von Dr. Eger in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 51.)

Der Verf. hat kurz nacheinander zwei Fälle in der Praxis beobachtet, bei denen zu einem schon bestehenden chronischen Nierenleiden „Diabetes" hinzukam und wo Zucker- und Eiweifsausscheidung einen gewissen Parallelismus aufwies. Leider sind — worauf auch der Verf. bereits hinweist — die Fälle nicht genau genug beobachtet, um daraus bindende Schlüsse im Sinne der Richterschen (cf. Ref. in derselben Nummer d. Zeitschr.) oder einer anderen Theorie zu ziehen. L. Manasse-Berlin.

Albuminurie dans le diabète et le diabète rénal. Von Schupfer. (La Presse Méd. Nr. 89, 8. Nov. 99.)

In 8 Fällen von Diabetes mit Zuckerausscheidung mit starker Albuminurie hat Verf. die Beobachtung gemacht, dafs selbst sehr reichliche Albuminurie den Verlauf des Diabetes nicht beeinflufst; verschwindet dabei die Zuckerausscheidung, so handelt es sich um Diabetes bei Gichtkranken.

Das Tierexperiment nach Entfernung des Pankreas lehrt, dafs Albuminurie unter 2 $^0/_{00}$ das prozentuale Verhältnis der Zuckerausscheidung nicht beeinflufst, ist aber die Urinausscheidung verringert, so sinkt auch die Zuckerausscheidung; bei gesteigerter Albuminurie vermindert sich die Zuckerausscheidung relativ und absolut; bei den höchsten Graden der ersteren ist, trotz vermehrter Zuckerbildung, Zucker im Urin nicht mehr nachzuweisen.

Als renaler Diabetes pflegen Nierenentzündungen bei Gichtkranken mit leichter Zuckerausscheidung angesprochen zu werden.

Glycosurie nach Diuretin pflegt bei Nierenentzündungen aufzutreten.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

I. Diuretica und Glykosurie nebst Versuchen über Glykogenbildung.

II. Zur Kenntnis der Wirkungsweise gewisser die Zuckerausscheidung herabsetzender Mittel. Von Dr. Paul Friedrich Richter. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 35, pag. 463 u. Bd. 36, pag. 152.)

In der ersten sehr ausgedehnten und besonders in Bezug auf die Glykogenbildung aus verschiedenen Kohlehydraten sehr bemerkenswerten Arbeit bringt Verf. den Beweis, dass die Wirkung der Diuretica aus der Coffein-Gruppe nicht auf einen Nierendiabetes (Jacoby) zurückzuführen sei,

sondern dafs sie das Glykogen der Leber, wenn es reichlich vorhanden ist, einer beschleunigten Sacharifizierung zuführen und so Hyperglychaemie gleichzeitig mit Glykosurie herbeiführen (bei Phloridzinvergiftung tritt neben letzterer Hypoglychaemie auf). Da also die genannten Körper, in erster Linie das Diuretin, nicht durch seine Wirkung auf die Nieren Glykosurie erzeugt — die übrigen Diuretica mit Ausnahme des Harnstoffs in zwei von 12 Fällen bringen keine Glykosurie hervor — sondern eine Vergiftung hervorrufen, die in Parallele mit dem Diabetes gestellt werden darf, lag es nahe, die verschiedenen gegen Diabetes angepriesenen Heilmittel auch dieser Vergiftung gegenüber zu erproben. Glycerin, das in Tierversuchen z. B. Piquûre als ein das Glykogen der Leber konservierendes Mittel bekannt ist, zeigte der Diuretin-Vergiftung gegenüber seine, auch sonst in manchen Fällen vermisste, Wirkung nicht — es hinderte nur die Polyurie, nicht die Glykosurie, ja es vermehrte sogar den Glykogengehalt der Leber. Opium hingegen zeigte, wie auch häufig dem Diabetes, selbst der schwereren Form gegenüber, eine kräftige glykogenschützende Wirkung. Nur wenn die Tiere mit Zucker überfüttert waren (30 g Traubenzucker) oder bei Hungertieren trat trotz Opiumdarreichung Glykosurie und Polyurie auf. In letzterem Falle ist nämlich die Assimilation des in den Kreislauf übergetretenen Zuckers so behindert, dafs bei Hungertieren manchmal spontan Glykosurie auftritt. Auch die direkte Analyse der Leber und des Blutes ergab, dafs Opium das Leberglykogen der Tiere gegen die Einwirkung des Diuretins schützte und die Bereicherung des Blutes mit Zucker hinderte. Andere Diabetesheilmittel aus der Klasse der Antipyretica und Neuralgica (in den Versuchen d. Verf. Antipyrin) und der Alkalien (Natrium carbonicum) liefsen ebenfalls eine, wenn auch bedeutend geringere, Verhinderung der Saccharifikation des Leberglykogens erkennen, nicht aber Syzygium jambolanum.

Malfatti-Innsbruck.

Beitrag zur Wirkung der Zuckerarten. Von Prof. Julius v. Kóssa. (Pflügers Arch. Bd. 75, pg. 310.)

Wenn Zucker, auch Disaccharide z. B. Rohrzucker, auf dem normalen Wege aufgenommen werden, tritt gewöhnlich, dank der regulatorischen Vorrichtungen im Darm und Leber, keine Störung auf; anders bei subkutaner Injektion von Zuckerlösungen. Da wird der Organismus mit Zucker überschwemmt und es treten eine Reihe von Erscheinungen auf, die auch als Begleiterscheinungen des Diabetes bekannt sind und die Verf. direkt auf Zuckervergiftung zurückführt: Katarrhe der Schleimhäute, Blutunterlaufungen und Geschwürsbildungen, selbst Gangrän, dabei starke Abmagerung mit Polyphagie und Polydipsie, schliefslich Nierenreizungen bis zu Albuminurie. Die Abmagerung rührt von einem mächtig gesteigerten Eiweifszerfall her, Harnstoff und Ammoniak sind im Harn von Säugetieren stark vermehrt — auch noch längere Zeit nach Weglassung des Zuckers — bei Vögeln wird so viel Harnsäure gebildet, dafs es zu typischer Hühnergicht kommt. Die künstliche Ernährung durch subkutane Injektion von Zuckerlösungen, und die Anwendung grofser Dosen Zuckers als Diureticum erscheinen nach diesen Versuchen bedenklich. Da der in den meisten der Versuche verwendete

Rohrzucker im Organismus nicht invertiert und verbrannt, sondern fast quantitativ ausgeschieden wird, (nur beim Hunde fand sich nach Rohrzuckerinjektion direkt reduzierender Zucker im Harn) dürfte dieser Eiweifszerfall hier wie im Diabetes auf Zuckervergiftung und nicht auf die Anwesenheit giftiger Spaltungsprodukte, Aceton, Säuren etc. zurückgeführt werden müssen. Dementsprechend ist auch die Calcium- und Magnesiummenge ebenso die Menge der Sulfate (ganz unerklärlich bei gesteigertem Eiweifszerfall Ref.) nicht vermehrt.

Als besonders empfindlich für die hier bezeichneten und ebenso für andere Reize (Glycerin, Säuren, Chloroform etc.) erwies sich die Niere des Kaninchens. Malfatti-Innsbruck.

Sulla reazione di Williamson nel sangue dei diabetici. Von Lucibelli. (Gazetta degli ospedali e delle cliniche, 29. Ottobre 1899.)

Die Williamsonsche Probe beruht darauf, dafs warme alkalische Methylenblaulösungen durch geringe Mengen Blutes von Diabetikern entfärbt werden. L. hat zahlreiche Versuche an Diabetikern und an künstlich diabetisch gemachten Tieren angestellt und kommt zum Resultate, dafs die Probe eine sehr empfindliche und verläfsliche ist. Entfärbung der Methylenblaulösung durch diabetisches Blut tritt oft schon dann auf, wenn der Harn noch keine deutliche Zuckerreaktion giebt. v. Hofmann-Wien.

Diabète bronzé and the pathogenesis of Diabetes mellitus illustratted by a case of Bronze Diabetes, preceded by Basedow's disease. Von H. W. Berg. (Med. Record 1899, 16. Dez.)

B. schreibt die Pigmentation beim Bronzediabetes einer Zerstörung des Hämoglobins zu. Der Zucker im Blute führt zu einer Auflösung des letzteren, Hämoglobin wird frei und wird schliefslich als Pigment in den Geweben abgelagert. Die Lebercirrhose, die beim Bronzediabetes bisweilen auftritt, ist nach B. eine Folge der durch das Pigment verursachten chronischen Reizung. Bei seinem Falle von Bronzediabetes bei gleichzeitigem Morbus Basedow nimmt Verf. Veränderungen im cervikalen Teile des Sympathicus, vielleicht auch des Vagus an und glaubt, dafs durch Fortschreiten dieser Veränderungen auf den abdominalen Teil des Sympathicus der Diabetes hervorgerufen wurde. Dreysel-Leipzig.

Acute Diabetes mellitus supervening in a case of Diabetes insipidus; Coma; Death. Von E. J. Blackett. (Lancet 1899, 25. Nov.)

Der Fall betrifft einen 54jährigen Mann, der nach angestrengtem Arbeiten ganz plötzlich von einem Diabetes insipidus ergriffen wurde; unter entsprechender Behandlung besserte sich dieser. Sieben Monate später, nach vollständigem Wohlbefinden, trat gleichfalls nach anstrengender Arbeit grofse Müdigkeit ein, zu der sich nach einem Monat Erbrechen, Trockenheit im Munde hinzugesellte. Der Puls ward sehr schwach und frequent, die Temperatur subnormal, der Urin enthielt reichlich Zucker, das spez. Gew. betrug 1026. Die Schlafsucht nahm mehr und mehr zu und ging schliefslich in ein tiefes Coma über, das nach 36 Stunden mit dem Tode endigte.

Dreysel-Leipzig.

2. Erkrankungen der Nieren.

California climate and chronic diseases of the kidneys. Von W. H. Dukeman. (New-York Med. Journ. 1899, 16. Dez.)

D. hält das Klima einiger Gegenden von Südkalifornien für sehr geeignet für Nierenleidende. Der Boden daselbst ist sandig und porös; etwa 300 Tage im Jahr scheint die Sonne. Die Temperatur fällt selten unter 40 ° F. Es herrscht beinahe ein beständiger Sommer. Der Kranke kann so gut wie jeden Tag ausgehen. Dreysel-Leipzig.

L'hérédité dans la néphrite chronique. Par R. Romme. (La Presse Méd. No. 102, 23. Dec. 1899.)

Die Fälle von Nierenentzündung Neugeborener bezw. in zartester Kindheit aufgetretene Erkrankungen fallen häufig mit eklamptischen Anfällen der Mütter während der Schwangerschaft zusammen und dürfen daher wohl auf dieselbe Entstehung, sei es durch einen Mikroben, sei es durch ein Toxin, zurückzuführen sein.

Die während des Jünglings- und während des Mannesalters erst auftretenden derartigen hereditären Erkrankungen werden bis jetzt durch erbliche Disposition zu besonderen Ernährungsstörungen erklärt. Bis jetzt sind nur 5 einwandsfreie derartige Fälle veröffentlicht.

Pel-Amsterdam bringt eine neue hochinteressante Beobachtung, die 3 Generationen derselben Familie mit 18 Erkrankungsfällen betrifft. R. führt diese Fälle auf. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sur les causes du rein mobile. Par Godart-Danhieux. (Société royale des sciences. Méd. et naturelles de Bruxelles. 6. Nov. 1899.)

Am Anfang des Jahrhunderts galt die Wanderniere noch als eine Seltenheit, verschwand unter den Bildern „nervöse Dyspepsie, Neurasthenie, Hysterie“, bis genauere Untersuchungsmethoden, speziell die bimanuelle Palpation, 2 % Wandernieren bei Frauen annehmen liefs.

Ätiologisch wurden von Becquet die Katamenien, von Lauer Reflexneurosen von Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe angeführt, Hypothesen, die nur historischen Wert haben.

Mehr begründet ist die Entstehung durch das Tragen von Miedern, durch rasche Abmagerung, durch Schwangerschaft. Albarran legt Wert auf das kongenitale Auftreten der beweglichen Niere und beurteilt dieselbe als eine Degenerationserscheinung, wie den unvollständigen Descens. testicul. und die Hernien; von jüngsten Autoren hat Glénard die Frage am eingehendsten bearbeitet. Seine Ziffern (2,7 % bei Männern, 22 % bei Weibern; nach Mathieu unter 306 Frauen 27—28 %) finden Erklärung in seiner Einteilung der Wanderniere in 4 Grade des Vorkommens bezw. seiner Annahme, dafs die normal gelagerte Niere überhaupt nicht palpabel sei.

Godart-Danhieux legt nun seine und die zusammen mit Dr. Verhoogen gemachten Beobachtungen ziffernmäfsig und graphisch dargestellt nieder:

Unter 67 Frauen 46 % bewegliche Niere, unter 268 Männern 2,33 % (1894).

Seitherige Beobachtungen: bei 603 Frauen 212 Fälle von beweglicher Niere (35,1 %).

Hängebauch (Enteroptose) kam bei 178 Untersuchungen in 29,5 % allein, 13,4 % mit Wanderniere vor; Zahl der beweglichen Niere und Zahl der Schwangerschaft stehen in keinem Verhältnis.

Die Häufigkeit des Vorkommens beweglicher Niere bei Hängebauch nimmt mit der Zahl der Schwangerschaft zu. Hinsichtlich des Lebensalters und der beweglichen Niere ist auffallendes nicht festzustellen; am häufigsten wird sie zwischen 20 und 25 Jahren beobachtet; Hängebauch steigert sich in seinem Vorkommen mit dem Alter. Das Auftreten der Wanderniere bei Nicht- und bei Mehrgebärenden zeigt im allgemeinen keine wesentlich verschiedene Ziffer; anders, hinsichtlich des Hängebauches: dieser nimmt auch bei Nichtgebärenden mit dem Alter an Häufigkeit zu, kommt aber bei diesen gegen das 50. Lebensjahr wesentlich seltener vor als bei Mehrgebärenden.

G.-D. kommt zu foldenden Schlufssätzen:

1. Schwangerschaft und Alter erklären das Vorkommen der Wanderniere allein nicht;

2. für die Entstehung des Hängebauches geben Alter und Schwangerschaft die häufigste Veranlassung, nicht für die Entstehung der Wanderniere;

3. die Annahme Glénard, dafs die Wanderniere mit zum Bild des Hängebauches gehöre, stimmt nicht mit den Beobachtungen überein.

In der Debatte, an welcher sich Depage, Verhoogen, Gallet, Stiénon, Vandervelde beteiligen, wird betont, wie wichtig es ist, zwischen einfach tiefer stehender Niere und zwischen Wanderniere zu unterscheiden und dafs das perirenale Gewebe selbst bei im allgemeinen sehr abgemagerten Individuen oft noch sehr fettreich ist. Depage betont die günstigen Erfolge durch das Tragen von Miedern, welche im Liegen angelegt werden.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Floating kidney simulating diseases of the genital organs in women. Von A. Lapthorn Smith. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1899, 4. Nov.)

Bei der Diagnose der Wanderniere, vor allem in Fällen, die eine Erkrankung der weiblichen Genitalorgane vortäuschen, sind nach Verf. besonders folgende Symptome von Wichtigkeit: schmerzhafte Verdauungsstörungen, allgemeine Nervosität, Herzpalpitationen, ferner diejenigen Erscheinungen, die direkt durch die Verlagerung der Niere hervorgerufen werden. Verf. empfiehlt Untersuchung in halbaufrechter Stellung der Kranken. Diese sollen leicht nach vorn geneigt auf die Lehne eines Stuhles gestützt stehen. Bei der Behandlung ist die Weir-Mitchellsche Kur oft von gutem Erfolge. Ebenso sind Bandagen und Apparate zur Fixierung der Niere des öfteren von Nutzen. Sind diese Methoden nicht ausführbar oder erfolglos, dann ist die Nephrorrhaphie indiziert. Die Niere soll durch mindestens 5 Nähte fixiert werden; diese sollen 1/4 Zoll tief in das Nierengewebe selbst hineinreichen. Eine leichte Reizung der Niere durch diese Naht ist ohne Nachteil; eine solche bewirkt im Gegenteil eine festere Fixation des Organes.

Dreysel-Leipzig.

Les polyuries graves, leurs rapports avec une lésion du pancréas. Par Ch. Mongour et Gentes (de Bordeaux). (La Presse Méd. No. 101, 20. Dec. 1899.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit besprechen die Verff. die bisher bekannten Entstehungsgelegenheiten von schwerer, sog. gemeiner Polyurie und betonen, dafs entschieden zu häufig Hysterie als ätiologisches Moment angeführt wird.

Die experimentellen Arbeiten Hédons und Thiroloixs (1893 und 1896), zwei eigene Beobachtungen (1898), der Fall Schapirôs (1881), welch letzgenannter als erster Pankreaserkrankung mit Polyurie in kausalen Zusammenhang bringt, finden eingehende Erwähnung.

Hinsichtlich Behandlung erwähnen die Verff. die Organtherapie mit Pankreassaft als immerhin versuchenswert.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Beiträge zum Studium der Niereninfarkte. Von Ribbert (Arch. f. patholog. Anatomie und Physiologie und f. klin. Med. 1899, 27. Feb.)

R. studierte die Histologie der Niereninfarkte an Infarkten der menschlichen Niere und an künstlichen, bei Tieren durch Injektion von sterilem Agar erzeugten. Bei den kleinsten Infarkten ist gewöhnlich ein Teil des normalen Gewebes noch erhalten. Es lassen sich an einem typischen Infarkt 4 verschiedene Zonen unterscheiden: 1. Der eigentliche Infarkt, 2. die Infiltrationszone, 3. die hyperämische Zone, 4. die Zone der partiellen Nekrose. Die 2. und 3. Zone sind nur einige Tage vorhanden. Das Schwinden des Infarktes wird bewirkt durch Proliferationsprozesse, die in der Aufsenzone beginnen. Die Harnkanälchen, die der Nekrose entgehen, bleiben auch im späteren Narbengewebe erhalten. Dreysel-Leipzig.

A case of enterie fever with acute nephritis. Von Brown. (Brit. Med. Journ., Jan. 27., 1900.)

Ein 30jähriger Mann, welcher sich seit 14 Tagen unwohl fühlte, kam in die Behandlung B.s. Objektiv war keine Veränderung nachweisbar. Der Urin war spärlich, bluthaltig, enthielt 2% Albumen und zahlreiche Cylinder. Der Kranke klagte über heftige Kopf- und Gliederschmerzen. Am nächsten Tage traten Diarrhoen und bald auch die übrigen Typhussymptome auf. Der Pat. starb am 8. Tage, nachdem er in B.s Behandlung gekommen war. Ein Sektionsbefund fehlt. Der Verf. hält die Komplikation des Abdominaltyphus mit akuter Nephritis für sehr selten.

v. Hofmann-Wien.

Hydronephrose durch Harnleiterunterbindungen hat Distefano (Il policlinico 15. VIII. 99, Münch. Med. Wchschr. 1899, 45) experimentell herbeigeführt; es kam ohne jede andere Mafsnahme zu Nephritis parenchymatosa acuta, sekundär zur Atrophie mit Verdickung des Bindegewebes ohne Bindegewebsneubildung. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über Nierenverletzungen und ihre Behandlung. Von O. Hohlbeck (St. Petersburger med. Wochenschr. 1899, 19. Dez.)

Verf. berichtet über 14 Verletzungen der Niere, bei 12 von diesen war

die Haut intakt. Schmerz und Blutungen sind die konstantesten Symptome der Nierenverletzungen. Befindet sich die Verletzung an der Niere selbst, dann zeigt sich Blut im Urin sogleich nach dem Unfall. Bei perinealer Blutung kann das Blut allmählich in die Niere durchsickern und so zu einer verspäteten Hämaturie Anlafs geben. Eine Hämaturie kann ganz fehlen, wenn der Ureter vollständig verlegt oder durchrissen ist. Die Heilung erforderte bei den Fällen H.s im Durchschnitt 27 Tage. Mehreremale konnte Verf. die Entwickelung einer wirklichen traumatischen Nephritis beobachten. Einen operativen Eingriff verwirft er im allgemeinen. Selbst wenn grofse Gefäfse verletzt sind, sieht man doch häufig spontane Heilung mit vollständiger Resorption des Ergusses. Dreysel-Leipzig.

Über subkutane Nierenruptur und ihre Behandlung. Von Maydl. (Casopis ceskych lekariev 1899, Nr. 37.)

Der von M. angeführte Fall betrifft ein 23 jähriges Mädchen, das sich durch Fall vom Stuhle eine Nierenruptur zugezogen hatte. Eine Woche nach dem Unfall trat Schwellung und Schmerzhaftigkeit der betr. Seite ein, die Temperatur stieg auf 39,5. Bei Incision entleerte sich eine grofse Menge bräunlicher Flüssigkeit. Es zeigte sich, dafs der Rifs in der linken Niere sich bis in das Becken hinein erstreckte. Nach Drainage der Wunde folgte rasche Heilung. Bemerkenswert ist, dafs die verletzte Niere nach der Drainagierung 3 mal soviel Urin absonderte, als die gesunde.

Nach M. ist ein operativer Eingriff bei subkutanen Nierenrupturen nur dann angezeigt, wenn die Blutung eine bedrohliche ist, oder wenn es zur Vereiterung kommt. Dreysel-Leipzig.

Pyelonephritis of pregnancy. Von Ch. B. Reed. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 9. Dez.)

Nach Anführung eines eigenen Falles beschreibt R. Symptomatologie und Verlauf der Schwangerschaftspyelonephritis. Der Beginn ist meist ein plötzlicher mit Kopfschmerz und Fieber. Der anfangs spärliche Urin ist von dunkler Farbe, saurer Reaktion, enthält Spuren von Eiweifs und bildet einen Bodensatz von Eiterkörperchen, Nierenepithelien und bisweilen auch Colibazillen. Die Niere ist meist vergröfsert, eine Cystitis kann sich sekundär entwickeln. Die akuten Symptome halten 1—2 Wochen an. Der Ausgang ist meist ein günstiger, doch greift der Prozefs bisweilen auch auf die andere Seite über. Zum Abort kommt es nur selten. Die Geburt selbst wird durch eine noch bestehende Pyelonephritis nicht ungünstig beeinflufst, nach Entleerung des Uterus schwinden die Symptome rasch. Die Diagnose ist meist leicht. Die Therapie hat Linderung der Schmerzen zu erstreben und mufs eine Infektion des Urintractus und Magen-Darmkanales zu verhüten suchen. Ein künstlicher Abort ist nur bei sehr schweren Symptomen indiziert. Dreysel-Leipzig.

A case of primary abscess of the kidney. Von J. Stewart. (Lancet 1899, 25. Nov.)

Die 35 jährige Kranke St.'s litt an Schmerzen in der linken Seite, die mit Fieber, Husten und Nachtschweifsen verbunden waren. Im linken

Hypochondrium und in der linken Lumbalgegend war ein glatter, fester, nicht fluktuierender Tumor zu fühlen. Nach Freilegung und Incision der Niere entleerten sich ungefähr 500 g rahmigen Eiters.

Der intensive Husten, der anfangs das Hauptsymptom darstellte, war wahrscheinlich die Folge einer Reizung des Nerv. pneumogastricus, der an der hinteren Seite des Oesophagus nach unten zieht und von hier aus Zweige zum Plexus renalis sendet. Dreysel-Leipzig.

La néphrectomie sous-capsulaire dans les vieilles pyonéphroses. Carlier-Lille. (La Presse Méd. Nr. 88, 4. Nov. 99.)

Verf. empfiehlt bei lange bestehenden Pyonephrosen, bei denen sich ausgedehnte Verwachsungen gebildet haben, die Ausschälung der Niere (néphrectomie sous-capsulaire) nach Alier, auf das wärmste.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sarcoma of kidney in an infant; recovery after nephrectomy. Von R. Abbe. (Annals of Surgery 1899, Sept.)

Der Fall betrifft ein neugeborenes Kind weiblichen Geschlechtes, bei dem in der rechten Seite des Abdomens ein Tumor vorhanden war. Die Eltern waren vollkommen gesund, ebenso zwei vorher geborene Kinder. Der Tumor nahm allmählich mehr und mehr an Gröfse zu und füllte schliefslich $^3/_4$ des Abdomens aus. Nach Incision der Bauchdecken ward der Tumor mitsamt der Niere, von welcher er ausging, entfernt. Er hatte eine unregelmäfsige, gelappte Gestalt und wog 4 Pfund. Im Inneren waren zahlreiche gröfsere und kleinere mit dünner, strohgelber Flüssigkeit gefüllte Cysten vorhanden. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Spindelzellensarkom. Dreysel-Leipzig.

Lipo-sarcome de la capsule surrénale droite. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison. Von Dr. Lenger (Liège). Société belge de chirurgie 24. Juni 1899.

Der 39 jährige Operierte hatte 8 Jahre früher einen Stofs auf den Bauch bekommen, den er nicht weiter beachtete; Wohlbefinden bis Juni 1898; von da ab plötzliche Abmagerung, Appetitmangel, zunehmende Hervorwölbung der rechten Nierengegend. August 1898 Entfernung eines 5,5 Kilo schweren Tumors. Niere gesund. Ende Februar und Ende Mai 1899 wurden erneut Entfernung eines Muskelsarkoms der Lumbal- und Abdominalgegend notwendig. Jedesmal handelte es sich um kleine Rundzellensarkome.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

A case of abdominal nephrectomy for renal sarcoma in a young child. Von Morton. (Brit. Med. Journ., Febr. 3., 1900.)

Bei einem 18monatlichen Mädchen fand sich ein grofser Tumor auf der linken Seite des Abdomens. Zugleich bestand Hämaturie. Nephrektomie auf transperitonealem Wege. Der Tumor hatte die Gröfse einer Kokosnufs und erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Adenosarkom. Die Wundheilung ging glatt vor sich. Das Kind starb 4 Monate später an Tuberkulose, ohne dafs bei der Sektion ein Recidiv nachweisbar gewesen wäre.

v. Hofmann-Wien.

Primary nephrectomy for rupture of a kidney. Von Rogers. (Brit. Med. Journ. Jan. 6. 1900.)

Ein 15 jähriges Mädchen fiel mit dem Unterleib auf die Ecke eines Balkens. Im Anschluſs daran zeigte sich Hämaturie, sowie Zeichen innerer Verblutung. Zugleich fand sich leichte Schwellung der rechten Lumbalgegend. R. führte 20 Stunden nach der Verletzung die Nephrektomie auf lumbalem Wege aus. Die Pat. starb am Tage nach der Operation.

v. Hofmann-Wien.

A case of primary nephrectomy for rupture of the kidney. Von Sutton. (Clin. Society 1899, 10. Nov.)

Die drei Hauptmerkmale, die für eine Nierenruptur sprechen, sind nach S. folgende: Trauma der Lendengegend, diffuse Schwellung dieser Region, Blut im Urin. Früher hat S. die Freilegung der Niere von der Regio lumbalis aus vorgenommen, ist aber gegenwärtig ein Anhänger von Thortons transperitonealer Methode. Er hat diese letztere in 25 Fällen mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. Dreysel-Leipzig.

A case of ruptured ureter or renal pelvis. Von Paton. (Brit. Med. Journ. Jan. 13. 1900.)

P. sah den 36 jährigen Pat., welcher mit der linken Seite auf eine Kiste gefallen war, zehn Stunden nach der Verletzung. Der Kranke klagte über Schwächegefühl, Schmerzen und Brechreiz. Objektiv war auſser Fraktur der 12. Rippe und einer ganz undeutlichen Dämpfung in beiden Flanken nichts nachzuweisen. Der Urin enthielt am 1. Tage etwas Blut, später nicht mehr. Der Zustand des Pat. besserte sich im Laufe der nächsten Tage, die Urinmenge betrug ca. 1000 ccm in 24 Stunden, Fieber bestand niemals. Am 13. Tage nach der Verletzung traten wieder Schmerzen in der linken Seite auf, und man entdeckte daselbst einen deutlichen Tumor. Da Schwellung und Schmerzen zunahmen, wurde am nächsten Tage die Geschwulst incidiert, worauf sich ca. $^3/_4$ Liter klaren Urins entleerten. Ureter oder Niere bekam man nicht zu Gesicht. Verkleinerung der Wunde durch Naht. Drainage. Die ersten Tage entleerte sich sehr viel Urin aus der Wunde, doch nahm die Menge desselben immer mehr ab, so daſs nach $3^1/_2$ Monaten die Operationswunde vollständig verheilt war und der Pat. seinen Urin durch die Urethra entleerte. An dem Falle ist unter anderem nach P. auffallend, daſs trotz der verhältnismäſsig groſsen Menge ausgetretenen Urins sich niemals irgend welche Zeichen von Intoxikation oder Infektion zeigten (die Temperatur erreichte niemals 38°). Verf. ist bei Ureter- oder Nierenbeckenverletzungen kein Freund einer primären Operation, sondern empfiehlt zunächst ein exspektatives Verfahren.

v. Hofmann-Wien.

Ein Nierenpräparat mit einer spontan geheilten Ureterenverletzung demonstrierte Rinne in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“ am 12./XII. 1899 (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 3). Bei einer gynäkologischen Operation wurde der linke Ureter verletzt und sogleich vernäht. In den beiden ersten Tagen floſs der ganze Urin in die Blase,

dann aber bahnte er sich einen Weg durch die Bauchwunde und Vagina und es blieben hier Fisteln zurück. Bei einem später vorgenommenen Versuch, die Ureterfistel zu schliefsen, konnte nur das zentrale Ende aufgefunden werden, eine sich sofort anschliefsende Nierenexstirpation wurde durch einen schweren Kollaps der Pat. verhindert. Nach diesem Eingriff heilten beide Fisteln allmählich zu und der gesamte Urin entleerte sich allmählich in die Blase. R. nimmt an, dafs die beiden Ureterenenden sich in der Narbenmasse gefunden und aneinander geheilt sind.

Paul Cohn-Berlin.

Renal papillectomy. Von Fenwick. (Brit. Med. Journ., Febr. 3., 1900.)

F. hat sich seit 10 Jahren mit dem Studium der einseitigen, schmerzlosen Nierenblutungen bei jugendlichen Individuen beschäftigt und kommt zu dem Schlusse, dafs in vielen Fällen die Blutung aus einer einzigen Nierenpapille stamme, welche von einem Netz erweiterter Gefäfse bedeckt sei. Nach Entfernung einer solchen Papille, welche bei Eröffnung des Nierenbeckens durch ihre lebhafte Röte im Gegensatz zu den umgebenden blassen Papillen auffällt, steht in der Regel die Blutung. F. hat auf diese Weise zwei Kranke operiert, deren Krankengeschichten er ausführlich mitteilt und dauernde Heilung erzielt. v. Hofmann-Wien.

Néphrotomie pour anurie. Von Nélaton. (Le progrès médical 1899, Nr. 23.)

Bei einer Frau, die wegen eines angeblichen Ovarialtumors operiert wurde, fand man statt dessen eine enorme linksseitige Hydronephrose, ohne dafs Gries oder Steine vorhanden waren. Acht Tage nach anscheinend glattem Wundverlaufe, stellten sich plötzlich Schmerzen in der rechten Niere und eine vollständige Anurie ein. Nach 48 Stunden mufste die rechtsseitige Nephrotomie gemacht werden. Es wurde ein Drain eingelegt, die Wunde dann geschlossen, der Urin flofs durch das Drainrohr ab. Nach 6 Tagen begann ein Teil des Urins auf natürlichem Wege sich auszuscheiden, aber ganz unregelmäfsig. Erst am 40. Tag trat vollständige Heilung ein.

Thümmel-Leipzig.

Les tumeurs paranéphrétiques. Von A. Cestan. (Gaz. des hôp. civ. et. mil. Paris 1898, Nr. 42.)

Die paranephritischen Tumoren nehmen ihren Ursprung häufiger von der fibrösen Kapsel der Niere als vom umgebenden Fettgewebe. Wichtig ist, dafs die Niere durch den Tumor wohl verlagert und komprimiert, aber selten selbst ergriffen wird. Die Diagnose ist eine schwierige. Therapeutisch macht sich meist die Nephrektomie nötig, die aber vielfach, vor allem bei den benignen Tumoren, nur eine partielle zu sein braucht.

Dreysel-Leipzig.

Report of a case of Hypernephroma of the kidney with description of the clinical symptoms, operation and pathology of this class of tumors. Von L. Mc. Arthur. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 4. Nov.)

Der Fall betrifft einen 47jährigen Mann, der seit mehreren Jahren

über Schmerzen im Rücken und blutigen Urin klagte. Wegen Verdachtes auf Nephrolithiasis ward die rechte Niere freigelegt, jedoch konnten Steine nicht gefunden werden. Zwei Jahre später trat eine deutliche Vergröfserung der rechten Niere auf, aufserdem bildete sich am unteren Ende der Operationsnarbe ein Tumor, der mit der Niere offenbar im Zusammenhang stand. Die Niere mit samt dem Tumor in der alten Narbe ward exstirpiert. Bedrohliche Erscheinungen nach der Operation, vor allem das fast völlige Versiegen der Urinsekretion, wurden durch Kochsalzinfusionen sehr günstig beeinflufst. Verf. bespricht eingehend die Differentialdiagnose und giebt eine genaue Beschreibung des Tumors. Histologisch ähnelte das Gewebe desselben aufserordentlich dem der normalen Nebenniere. Die Malignität derartiger Tumoren ist nach Verf. nur eine geringe. Dreysel-Leipzig.

5 Beobachtungen von Nephralgie teilt Hubbard (Ann. of Surgery Aug. 1899, Münch. Med. Wchschr. 1899, 44) mit; der Verlauf war immer derart, dafs auf Grund langer Beobachtung Nierensteine diagnostiziert, bei der Operation aber nicht gefunden wurden; nichtsdestoweniger wurde durch die Nephrotomie die Krankheit, „der Nierenschmerz“ — wohl das Symptom einer unaufgeklärten Nierenerkrankung — geheilt.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

X Ray detection of renal calculi. Von Abbe. (Ann. of Surgery Aug. 1899. Ref. Brit. Med. Journ. Dec. 23. 1899.)

A. berichtet über zwei Fälle, in welchen er imstande war, mittelst Röntgenstrahlen kleine Nierensteine nachzuweisen. Der Autor ist der Ansicht, dafs bei mageren Leuten und jugendlichen Personen ein Stein in der Niere mit ziemlicher Sicherheit durch Röntgenstrahlen nachgewiesen werden kann. v. Hofmann-Wien.

Remarques à propos d'une observation de calcul du rein. Von Février-Nancy. (La Presse Méd. Nr. 88, 4. Nov. 99.)

Röntgendurchleuchtung liefs, zweimal ausgeführt, bei Nierenkoliken eines Unteroffiziers in Stich, während durch Nephrotomie ein kleiner haselnufsgrofser Stein feststellbar war und entfernt werden konnte; derselbe bestand in seinem Gerüst aus organischen Substanzen, umhüllt von oxalsaurem Kalk und phosphorsauren Erden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Nierensteine von ungewöhnlicher Form und Zusammensetzung. Von A. Sokolowski. (Pamietnik Tow. lekarska 1899, fasc. 2, pag. 273.)

S. berichtet über folgenden Fall: Bei der Autopsie eines 66jährigen, an Apoplexie verstorbenen Mannes, fand sich eine enorm grofse, ganz mit Steinen gefüllte Niere. Einer der Steine war von weifser Farbe, korallenartiger Gestalt und bestand ganz aus Phosphaten. Derartige Steine sind sehr selten. Bemerkenswert ist, dafs zu Lebzeiten keinerlei Symptome auf die Nephrolithiasis hinwiesen, und der Urin erst unmittelbar vor dem Tode Eiweifs und Eiter enthielt. Dreysel-Leipzig.

Présentation d'un malade néphrectomité pour une tuberculose secondaire du rein gauche. Von Dr. Pousson. (Société de Médicine et de Chirurgie de Bordeaux 10. März 1899.)

Die Mitteilung ist dadurch interessant, dafs durch Exstirpation einer Niere bei weit vorgeschrittener Urogenitaltuberkulose eine aufserordentliche Besserung des Zustandes erzielt wurde. Der Kranke, 24 Jahre alt, war hereditär belastet und litt seit ca. 4 Jahren an Hoden- und Blasentuberkulose. Die Lungen waren gesund und in der linken Niere bestand ein grofser Eitersack, der septisches Fieber, und wenn Retention eintrat, schmerzhafte Krisen hervorrief. Da der Patient sehr herunterkam, wurde die linke Niere entfernt, welche nur noch wenig funktionstüchtige Substanz enthält, im übrigen in einen Eitersack verwandelt ist. Der Urin, welcher zwar noch Tuberkelbacillen enthält, wurde darauf klar und das Allgemeinbefinden 4 Monate nach der Operation ist vortrefflich. König-Wiesbaden.

Remarques sur l'évolution et le diagnostic des tumeurs cancréreuses du rein. Von Prof. Guyon. (Annales des malad. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 1.)

Die von G. mitgeteilten 3 Fälle wurden während des Dezembers 1899 im Hospital Necker behandelt. Der erste Patient, 70 Jahre alt, wurde wegen starker Hämaturie aufgenommen, hatte eine rechtsseitige Varikocele und einen enormen Tumor der rechten Seite. Die Blutungen waren zuerst vor 15 Jahren aufgetreten und hatten sich im Anfang in gröfseren Pausen wiederholt, waren später des öfteren, etwa alle $^1/_2$ Jahr, wiedergekehrt und zwar jedesmal ohne erkennbare Veranlassung. Schmerzen waren nie vorhanden, nur das letzte Mal, als dicke, offenbar den Ureteren entstammende Gerinnsel entleert wurden. Nach 3—4 Tagen wurde der Urin wieder klar und Pat. entlassen. Das Allgemeinbefinden war durchaus gut, der Kräftezustand dem Alter entsprechend.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen kachektischen, heruntergekommenen Mann von 51 Jahren, der seit 9 Monaten an Hämaturie litt, die sich in kurzen Fristen wiederholte und stets von mehreren lebhaften Schmerzanfällen der rechten Nierengegend begleitet war. Etwa 4 Monate vor dem Eintritt in das Krankenhaus war eine akute Retention eingetreten, infolge von Verstopfung der Urethra durch Gerinnsel. Gelegentlich trat Fieber bis 39,6 auf. Die Untersuchung der Nierengegend ergab negatives Resultat. Kystoskopisch konnte festgestellt werden, dafs aus dem rechten Ureter blutiger Urin, aus dem linken klarer entleert wurde. Der durch Katheterismus der Ureteren isoliert aufgefangene Urin enthielt links 20,5 $^0/_{00}$ Harnstoff, rechts jedoch nur 5,1 $^0/_{00}$ g. Nachdem somit die Funktionstüchtigkeit der Niere der nicht erkrankten Seite festgestellt war, wurde die Nephrektomie gemacht, welche ergab, dafs auf dem oberen Pol ein Karcinom von etwa Hühnereigröfse aufsafs. Der Heilungsverlauf war ungestört.

Der dritte Fall betraf eine Frau von erst 35 Jahren, bei der mehrere sehr heftige Blutungen eingetreten waren, zuerst ohne, später mit vielen Gerinnseln untermischt. Die Blase wurde durch die Kystoskopie als gesund er-

wiesen, ebenso die Ureterenmündungen. Die rechte Niere ist beweglich, erscheint vergröfsert und härter als normal. Schmerzen werden mit voller Bestimmtheit auf der linken Seite angegeben. Da die chemische Untersuchung die Funktionstüchtigkeit beider Nieren ergiebt, wird eine Probeincision rechts vorgenommen und auf der Niere ein Karcinom konstatiert. Die Nephrektomie verlief völlig glatt.

Der Verlauf war in den beiden letzten Fällen ein auffallend rascher, da durchschnittlich Nierenkarcinome etwa $3^1/_2$ Jahre dauern, Sarkome sogar noch etwas länger. Für die Diagnose ist die Nierenschwellung und die Hämaturie wichtig. Ersterer mifst G. nur sehr geringe Bedeutung bei, wenigstens hält er das Fehlen derselben für durchaus häufig. Blutungen dagegen, welche in Zwischenräumen ohne erkennbare Veranlassung auftreten und Gerinnsel, die ihrer Form nach aus dem Ureter stammen, enthalten, sind von allerernstester diagnostischer Bedeutung. Schmerzen stellen sich hierbei und im Verlaufe der Blutung ein, nie vorher. G. sagt, dafs derartig auftretende Hämaturien fast mit vollster Sicherheit auf einen Nierentumor schliefsen lassen. Sehr wesentlich für die Diagnose ist auch eine andauernde Empfindlichkeit, welche unter 79 Fällen nur 16 mal fehlte; jedoch leitet dieselbe öfters irre, bezüglich der affizierten Seite wie der oben erwähnte 3. Fall zeigt. Unerläfslich ist es vor einer eventuellen Operation, sich von dem Zustande der anderen Niere durch Ureterenkatheterismus und Harnstoffbestimmung zu überzeugen. König-Wiesbaden.

18 Jahre Nierenchirurgie. Inaug-Dissert. von Paul Geifs. Marburg 1899.

Der Verf. hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, sämtliche von Küster bisher ausgeführten Nierenoperationen — über einzelne kleinere Gruppen sind früher bereits Abhandlungen und Dissertationen erschienen — einer eingehenden Bearbeitung zu unterwerfen und durch Nachfrage ein Urteil über die Dauerresultate zu gewinnen. An 202 Pat. wurden in 18 Jahren im Ganzen 214 Operationen vorgenommen, bei 159 von 185 die Operation überlebenden Pat. gelang es, genauere Nachricht über das Schicksal derselben nach der Entlassung zu erhalten.

In neun einzelnen Kapiteln werden der Reihe nach die Tumoren, die Tuberkulose der Niere, die Nephrolithiasis, die Sackniere, die Pyo- und Hydronephrose, die Pyelonephritis und das Empyem des Nierenbeckens, Echinococcus der Niere, die Verletzungen der Niere, die Wanderniere und schliefslich die Paranephritis abgehandelt. Besonders bemerkenswert scheinen mir die Resultate der Nephrektomie bei der Tuberkulose. Sie wurde an 17 Pat. ausgeführt und ergab ein günstiges operatives Resultat in 89,5 % und ein dauernd günstiges in 70,5 %. Die beobachtete Heilungsdauer schwankt zwischen $1^1/_2$ und $7^3/_4$ Jahren. Im Gegensatz dazu weisen die beiden Nephrotomien, die zeitlich allerdings in die Anfänge der Nierenchirurgie weit zurückreichen, ein ungünstiges Resultat auf.

Die operative Gesamtmortalität berechnet der Verf. auf 7,92 % (resp. 8,41 % bei Hinzurechnung eines Todesfalles bei probatorischer Nephrotomie)

und nach Abzug der Nephropexien, die das Resultat so günstig beeinflussen, auf 14,56 %. Für die Nephrotomie findet sich eine Mortalität von 11,1 %, für die Nephrektomie von 20,9 %. Trennt man letztere in primäre und sekundäre Nephrektomien, so ergeben sich für erstere 25,7 %, für letztere gar kein Todesfall. — Im Gegensatz dazu findet sich unter Berücksichtigung der Fehlerquellen ein günstiges Dauerresultat in 79,70 %, das nach Abzug der Nephropexien auf 62,13 % sinkt.

Die Dissertation, der auch ein ausführliches Litteraturverzeichnis beigegeben ist, darf auf um so gröfsere Beachtung Anspruch machen, als ihr ein grofses Material zur Grundlage dient, das über einen langen Zeitraum einheitlich von der Hand desselben Meisters (Küsters) und doch auch wiederum der wechselnden Zeitströmungen entsprechend behandelt worden ist.

L. Manasse-Berlin.

Die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose. Von Prof. Dr. F. König. (Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 7.)

An Einzelmitteilungen und zusammenfassenden Arbeiten über Nierentuberkulose und deren Behandlung hatten wir im Laufe der letzten Jahre keinen Mangel; gleichwohl begrüfsen wir es mit Freuden, wenn ein Meister der Chirurgie wie F. König, an dem wir von jeher das scharfe kritische Urteil in medizinischen Fragen verbunden mit einer meisterhaften Darstellungskunst zu bewundern gewohnt sind, seinen Standpunkt an der Hand seiner eigenen Erfahrungen sich darzulegen bemüht. König geht davon aus, die pathologische Anatomie der Nierentuberkulose zu skizzieren, er entwirft ein Bild von dem klinischen Verlauf der Nierentuberkulose und kommt dann auf die Behandlung der Nierentuberkulose zu sprechen. Wenn er theoretisch auch die Berechtigung der Nierenresektion für Fälle von einzelnen solitären Knoten in der Niere zugesteht, praktisch kommt doch für die Fälle, die dem Chirurgen zugeführt werden, nur die Nephrektomie in Frage. Mit der Nephrotomie hat er keine günstigen Erfahrungen, wenn er nicht etwa noch rechtzeitig die Nephrektomie hat nachfolgen lassen.

Vor der Operation die Existenz der zweiten Niere festzustellen, ist nicht besonders schwierig — eine Hufeisenniere erkennt man ohnehin, bei der solitären Niere findet sich beim Manne wenigstens meist noch ein kongenitaler Defekt des Hodens auf derselben Seite, und das Kystoskop giebt Aufschlufs über das Vorhandensein einer oder zweier Ureteren — viel schwieriger dagegen ist es, über die Gesundheit der zweiten Niere ein sicheres Urteil zu gewinnen. Die Ureterenkystoskopie perhorresciert er bei Verdacht auf Tuberkulose mit Recht, ebenso natürlich alle eingreifenden Operationen, wie Sectio alta, um den Urin gesondert aufzufangen; den neuerdings hervorgetretenen Methoden aus der Harnstoffmenge, der Durchlässigkeit von Farbstoffen, der Feststellung des Gefrierpunktes im Blut einen Schlufs auf die Beschaffenheit der zweiten Niere zu machen, bringt er kein Vertrauen entgegen. Gleichwohl ist König im Laufe der Jahre in Bezug auf die Operation immer kühner geworden und hat die Grenzen für die Nephrektomie immer weitergesteckt. Dabei hat ihn weder eine allgemeine Tuber-

kulose der Lunge, noch gleichzeitiges Ergriffensein des Urogenitalsystems — tuberkulöse Knoten im Hoden, in der Prostata, Tuberkulose der Blase — noch eine gleichzeitige Erkrankung der zweiten Niere in jedem Falle von der Operation zurückgehalten. Trotzdem hat er häufig eine günstige Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden gesehen, Blasentuberkulose heilte aus, Prostataknoten kapselten sich ab etc. Patienten, die dem Tode verfallen schienen, wurden dem Leben zurückgegeben und konnten sich noch eine Reihe von Jahren einer völligen oder relativen Gesundheit erfreuen.

Von 18 Patienten, die König operiert hat, starben 6 entweder im unmittelbaren Anschlufs oder kurz nach der Operation an den Folgen ihrer Lungen-Drüsentuberkulose. Drei Fälle gingen an Anurie zu Grunde, einmal lag eine käsig atrophische Niere vor, zweimal versagte die zweite Niere, wahrscheinlich wegen der langdauernden Narkose und der ausgiebigen Verwendung von Sublimat; es war in der ersten Zeit, als K. seine Nierenoperationen machte.

König fafst seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen, die ich hier unverkürzt wiedergebe.

I. Es ist zweckmäfsig, bei der Nierentuberkulose zwei Formen zu unterscheiden,

1. die solitäre Tuberkulose der Drüsensubstanz ohne Kommunikation mit dem Nierenbecken,
2. die pyelitische Form der Tuberkulose der Niere.

II. Während wir nur ausnahmsweise die solitäre Form diagnostieren, ist die pyelitische Form mit gröfster Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren, auch ohne den Nachweis von Tuberkelbazillen.

In einer Anzahl von Fällen bleibt die Diagnose zweifelhaft.

III. Es ist nicht immer möglich, eine sichere Diagnose über die Gesundheit der zweiten Niere zu stellen.

IV. Nach dem Ergebnis unserer pathologisch-anatomischen Untersuchungen kommt die Nierenresektion kaum, die Nephrotomie auch nur in sehr seltenen Fällen als Heilmittel für Nierentuberkulose in Betracht.

V. Die Exstirpation ist die einzig sichere Operation zur Beseitigung der Nierentuberkulose. Will man anders nicht ohne Versuch Kranke zu Grunde gehen lassen, so mufs man dieselbe öfter machen ohne genaue Diagnose, dafs die Pyelitis eine Tuberkulose ist, ohne die bestimmte Erkenntnis der Gesundheit der zweiten Niere.

VI. Bei einer Reihe von Fällen ist es geboten, auch bei mäfsiger Erkrankung der zweiten Niere, bei Blasenerkrankung und Erkrankung der Hoden und der Prostata zu operieren. Durch solche Operation kann man Lebensverlängerungen schaffen und erträgliches Dasein herbeiführen.

Ludwig Manasse-Berlin.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Über abnorm ausmündende Ureteren und deren chirurgische Behandlung. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1899, S. 413.)

B. berichtet über 2 Fälle von abnormer Uretermündung. Im ersten Falle handelte es sich um Ausmündung des rechten Ureter in die Vagina. Es wurde von Sänger die abnorme Mündung ausgeschnitten und vernäht, doch bildete sich bald wieder eine Urinfistel. Die Kranke entzog sich einer weiteren Behandlung, so dafs nicht konstatiert werden konnte, ob es sich um einen überzähligen Ureter oder um abnorme Ausmündung eines Harnleiters handelte. Im zweiten Falle handelte es sich um einen linksseitigen, überzähligen Ureter, welcher dicht hinter dem Orif. ext. urethrae mündete. Durch Transplantation dieses überzähligen Ureters in die Blase wurde dauernde Heilung erzielt. v. Hofmann-Wien.

Beitrag zur Verirrung der Ureteren und ihrer Behandlung. Von Olshausen. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1899. S. 423.)

Im ersten Falle war es der rechte Ureter, welcher abnorm, neben dem Hymen ausmündete. Die Pat. kam nicht zur Operation. Im zweiten Falle bestand ein überzähliger, rechtsseitiger, unterhalb des Orificium ext. urethrae mündender Ureter. Die Kranke wurde durch Transplantation des Ureters in die Blase geheilt. v. Hofmann-Wien.

Précautions à prendre dans tout cathétérisme de l'urètre. (La Presse méd. No. 104, 30. Dez. 1899.)

Die kurze Notiz rekapituliert die primitivsten Regeln der Antiseptik vom Waschen der Hände mit Seife in warmem Wasser, Abreiben derselben in Alkohol und Eintauchen in eine antiseptische Lösung bis zum Reinigen der Eichel, Sterilisieren der Instrumente und führt auch noch das wichtigste über die Lagerung des Kranken an. Zum Ausspülen der Harnröhre wird u. a. empfohlen 0,1% Karbolsäure mit 1 g Glycerin.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Uretero-Intestinal Anastomosis bei Ektopie der Blase Von Nové-Josserand. (Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance.)

Die Gefahr einer aufsteigenden Pyelonephritis nach Implantation der Ureteren in den Darmkanal bei Ektopie der Blase ist durch die Maydische Operation sehr vermindert worden. Verf. hat 18 Fälle gesammelt, die nach dieser Methode operiert worden waren. Von diesen waren drei gestorben, einer infolge Shockes, einer an Infektion und einer an Pyelonephritis 4 Monate nach der Operation. Die funktionellen Resultate bei diesen Fällen waren sehr befriedigende. Die meisten Kranken konnten den Urin 3 bis 4 Stunden, einige auch 6—7 Stunden, zurückhalten. Tenesmus des Rektums, Kolik, Diarrhoe trat bei keinem Falle auf. Dreysel-Leipzig.

La uretero-cisto-neostomia. Von Boari. (Il Policlinico, 15. Juni 1899.)

Diese Operation hält B. für indiziert bei Ureter, Vaginal und Ureter-

Uterinfisteln, wenn sie das letzte Ureterstück betreffen, falls der Harnleiter die nötige Länge besitzt. Ebenso können Stenosen des letzten Ureterstückes, daselbst eingekeilte Steine, Tumoren und Abnormitäten der Uretermündung eine Indikation für diese Operation bilden. Die Operation ist auf die verschiedenste Weise ausführbar: intra- und extraperitoneal, per Vaginam etc.

B. benutzt zur Einpflanzung des Ureters in die Blase einen von ihm angegebenen, dem Murphyschen ähnlichen Knopf, welcher nach erfolgter Heilung durch die erweiterte Urethra (es handelt sich ja fast ausschliefslich um Frauen) entfernt werden kann. Die Resultate dieser Operation sind sehr günstige.

v. Hofmann-Wien.

Case of injury to ureter. Torn end grafted into the bladder. Von L. H. Dunning. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1899, 18. Nov.)

D. berichtet über einen Fall, bei dem gelegentlich der Eröffnung eines Abscesses des Ligamentum latum der Ureter derselben Seite vollständig durchtrennt worden war. Da der Harnleiter eine ziemlich beträchtliche Länge hatte, gelang es, das untere Ende des oberen Ureterstücks nach der Blase herabzuziehen und in einem künstlich hergestellten Schlitz der letzteren zu vernähen. Es trat Heilung ohne Fistelbildung ein.

Dreysel-Leipzig.

Mensuration and capacity of the female bladder. Von L. Hunner und P. Lyon. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1899, 16. Dez.)

Verff. haben an 25 Fällen Messungen der weiblichen Blase vorgenommen, und zwar wurden einmal die Kapazität der Blase und weiter die Entfernung gewisser Punkte der Blasenwand vom Orificium urethrae internum festgestellt. Bei Ausdehnung der Blase mittels Luft betrug die Capacität im Mittel 303 cbcm, die Werte schwankten zwischen 160 und 545 cbcm. Bei Ausdehnung mittels Flüssigkeit betrug die Capacität im Mittel 429.7 cbcm. Die Werte schwankten hier zwischen 210 und 840 cbcm. Die Entfernung folgender Punkte vom Orificium intern. urethrae wurde bestimmt: der entfernteste Punkt des Scheitels der Blase, der entfernteste Punkt der hinteren unteren, der linken und der rechten Blasenwand. Die Mafse für diese Entfernungen betrugen der Reihe nach: 7.14, 5.77, 6.70, 5.92 cm. Bei lokaler Anästhesie, ferner bei Frauen, die noch nicht geboren haben, ist die Capazität der Blase im allgemeinen eine gröfsere.

Dreysel-Leipzig.

Experimentelles und Klinisches über Orthoform. Von Luxenburger. (Münchener Medizinische Wochenschrift 1900, Nr. 2 u. 3.)

L. hat das Orthoform auch bei Cystitis von einer Menge von 1—$1^1/_2$ bis 2 g in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt des Abends in die Blase injiziert. Bei 8 Fällen von Blasensteincystitis, 1 Falle tuberkulöser Cystitis und 2 Fällen jauchiger Cystitis von Prostatikern konnte er immer günstigen Einfluss der Injektionen auf die schmerzhaften Tenesmen, die Zahl der Miktionen und den Urinbefund konstatieren. Bei 2 gonorrhoischen Cystitiden sah L. keinen Erfolg. In einem Falle von traumatischer Striktur

mit Perinealfistel und schwerer Cystitis konnte der Verweilkatheter 3 Wochen liegen bleiben, was L. dem Einfetten desselben mit 10% Orthoformvaseline und Injektionen von 5% Orthoformöl neben dem Katheter an den Blasenhals zuschreibt. Grundbedingung für das Zustandekommen einer Wirkung scheinen Verletzungen der Schleimhaut zu sein. In 2 mit Erfolg behandelten Fällen konnten kystoskopisch Geschwüre gesehen werden. Der mangelnde Erfolg bei gonorrhoischer Cystitis erkläre sich hieraus. Die Gefahr einer Steinbildung infolge Injektion des schwer löslichen Präparates hält Verf. nicht für gegeben. — Die zu seinen Erfolgen im Gegensatz stehenden Erfahrungen Noguès dürften ihre Erklärung durch das von letzterem als Vehikel benützte reizende Glycerin finden. v. Notthafft-München.

Paralysie vésicale avec hydronéphrose double et totale chez un paraplegique. Von Dr. Poulain. (Annales des malad. génit. urin. 1900, Nr. 1.)

Der 26 jährige Patient litt seit etwa ½ Jahr an Parese der Beine, zu der sich häufiger Urindrang und erschwerte Miktion gesellt hatte; bald war völlige Inkontinenz eingetreten und zwar infolge Sphinkterlähmung, wie die Untersuchung mit dem Katheter ergab. Der Urin ist klar, enthält ca. 0,2% Eiweifs. Von seiten des Nervensystems fanden sich Anzeichen einer Neuritis. Nachdem der Zustand mehrere Monate ohne wesentliche Änderung verlaufen war, trat plötzlich akute Retention ein, während noch am Tage zuvor 2 Liter Urin abgetröpfelt waren. Gleichzeitig traten Sehstörungen ein, Kopfschmerz und Delirien. Der Tod erfolgte im Koma 9 Monate nach dem Beginne der Erkrankung. Die Sektion ergab, dafs beide Ureteren völlig symmetrisch bis zur Dicke einer Dünndarmschlinge erweitert waren und oberhalb der Einmündung in die Blase eine plötzliche Einschnürung zeigten. Die Nieren sind grofs, weifslich ohne deutlichen Unterschied von Rinden- und Marksubstanz. Die Blase ist dilatiert, ihre Schleimhaut blafs, glatt, die Mündungen der Harnleiter frei, so dafs man leicht mit einer Fischbeinsonde bis in das Nierenbecken eindringen kann. Mikroskopisch finden sich an den Nieren interstitielle Wucherungen, ähnlich wie bei Hydronephrose, die Ureterenwandungen normal, jedoch stark verdünnt und die Blasenmuskulatur hypertrophisch und zwar durch Verdickung der Muskelfibrillen (— 13 μ), nur einige derselben erscheinen atrophisch (— 3 μ). Im Centralnervensystem wurden keine Veränderungen gefunden.

Verf. hält die Erkrankung für eine peripherische Neuritis, ähnlich den von Leyden und anderen beschriebenen Fällen von Polyneuritis, welche wahrscheinlich durch eine chronische Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff — Pat. war in einer Gummiwarenfabrik angestellt — hervorgerufen war. Die Veränderung an den Ureteren glaubt er durch den bei der Retention entstehenden Druck erklären zu sollen. König-Wiesbaden.

☞ **Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis.** Von G. N. Grinzow. (Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. IV, Heft 8.)

Über diese Erkrankungsform liegen noch wenige Beobachtungen vor.

Einen Fall hat **Tarnowsky** beschrieben, **Virchow** hat luetische Ulcerationen und Narben in der Harnblase gesehen. Verf. teilt zwei Fälle mit. Der erste betrifft eine Frau, die jahrelang erfolglos wegen Cystitis behandelt worden war. Eine Untersuchung führte zur Entdeckung einer Schwellung des rechten Leberlappens, so dafs die Diagnose auf Hepatitis syphilitica gummosa gestellt werden konnte. Eine spezifische Behandlung beeinflufste nicht nur die Leberaffektion günstig, sondern brachte auch die Blasenbeschwerden zum Schwunde.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen vor 6 Jahren infizierten Patienten, der seit 4 Jahren an Blasenbeschwerden litt, die jeder Therapie trotzten. Als er wegen einer perforierenden Nekrose am harten Gaumen eine antiluetische Kur durchmachte, schwanden gleichzeitig alle Blasenbeschwerden.

Federer-Teplitz.

Zur Blasennaht beim hohen Steinschnitt. Von Lotheifsen. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 9, 1900.)

L. berichtet über drei durch Sectio alta entfernte Blasensteine, wo die Blasenwunde vernäht wurde und knüpft daran Bemerkungen über Technik, Vorzüge und Kontraindikationen eines derartigen Verfahrens. Zu den letzteren gehören vor allem schwere Cystitiden und Nierenaffektionen. Einer der Hauptvorzüge der Blasennaht ist die bedeutende Abkürzung der Heilungsdauer.

v. Hofmann-Wien.

Un cas de reséction de la vessie pour myxo-fibrome volumineux. Par Guérison, Dr. Vanderlinden, Gent.

Bei einer 22 jähr. Pat. wurde Ende Juni 1899 ausser Schwangerschaft im 9. Monat, eine Geschwulst im Unterleibe, die hart der Bauchwandung angelagert war, festgestellt, überdies waren an den äufseren Genitalien um die Harnröhrenmündung bis zur Schamfuge gelappte Geschwülste. Tags nach der Untersuchung Entbindung von einem etwa 5—6 Tage abgestorbenen Foetus. Nach 14 tägigem Wochenbett Genesung. Am 3. Oktober Laparotomie wegen des Tumors, der sich von der Blase ausgehend erwies. Die Blase und der Tumor wurden so ausgiebig wie möglich entfernt; es war wegen der Kleinheit des Blasenrestes unmöglich, die Ränder mit den Bauchdecken zu vereinen, wie beabsichtigt; das Peritoneum wurde lospräpariert, und die Wundränder der Blase mit demselben sorgfältig eingesäumt. Die Wunde wurde von der einen Seite durch die breiten Mutterbänder und den Uterus, von der anderen durch das Bauchfell überdeckt. Die Bauchhöhle wurde geschlossen und blieb über dem Schambein und durch die Urethra drainiert. Heilung ohne jede Störung.

Es ist interessant, dafs die Pat. aufser vier- oder fünfmal auftretenden mässig reichlichen Blutungen aus der Blase während der Schwangerschaft keinerlei subjektive Störungen hatte.

Verhoogen berichtet in der Diskussion, dafs er im Verlaufe einer Blasenresektion einmal gezwungen war, aus dem Peritoneum eine solche zu bilden. Der Pat. überlebte mehrere Wochen die Operation.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Cystite tuberculeuse; gros calcul phosphatique expulsé par une fistule vésico-rectale. Par Bacaloglu et Gleize. (Bullet. et mem. de la société anatomique de Paris. Octobre 1899.)

Ein jetzt 26jähriger Kranker berichtet in aufserordentlich klarer Selbstschilderung die im März 1889 zuerst sich bemerkbar machenden subjektiven Störungen eines Leidens, das mit minimalsten Schmerzen und Eiterausscheidung aus der Blase unter stürmischem Urindrang begann, langsam aber stetig zunahm, mit Höllenstein- und Borwasserausspülungen zunächst, 1896 auch mit subkutanen Guajacoleinspritzungen behandelt wurde, bis 1897 Urinentleerung durch den After und 1898 durch dieselbe Körperöffnung drei grofse Phosphatsteine entleert bezw. der erste durch ärztlichen Eingriff entfernt wurde. Im Sommer 1899 Feststellung von Tuberkelbacillen im Eiter des Urins und Auftreten von tuberkulösen Knoten in den Nebenhoden.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

A case of vesical calculus in Sierra Leone: Lithotomy. Von Renner. (Brit. Med. Journ., Febr. 10., 1900.)

R. entfernte bei einem 63jährigen Manne einen 70 g schweren Blasenstein (ob durch Sectio alta oder perinealis, wird nicht gesagt). Er motiviert die Publikation dieses Falles, welcher fast gar nichts Besonderes bietet, mit der enormen Seltenheit von Blasensteinen in Sierra Leone.

v. Hofmann-Wien.

Bullet round of pelvis and abdomen: injury to bladder. (Brit. Med. Journ., Jan. 27., 1900.)

Der Pat., ein Artillerist, erhielt in einem der Kämpfe vor Ladysmith einen Schufs in die rechte Hinterbacke. Einschufsöffnung 5 cm nach rechts vom Anus, Ausschufsöffnung links unterhalb des Nabels. Der Urin war durch 6 Tage bluthaltig; dann erholte sich der Pat. rasch.

v. Hofmann-Wien.

Bâtons de cire d'abeille dans la vessie. Von Dr. Etienne. (Annales des mal. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 1.)

Der Pat. hatte sich selbst ein 6—8 cm langes und 3/4 cm dickes Stück Wachskerze in die Harnröhre eingeführt. Die Extraktion mit dem Lithotripter gelang nur in vielen Sitzungen, da die weiche Masse abbröckelte. Die letzten Stücke wurden durch Spülung entleert.

König-Wiesbaden.

4. Erkrankungen der Prostata.

Note sur un cas de bactériurie avec quelques remarques sur le diagnostic des prostatites. Von Dr. Gassmann, Bern. (Annal. des malad. des org. génito-urinaires Februar 1900, Nr. 2.)

Die Fälle von Bakteriurie nach der Definition von Krôgius sind noch nicht häufig veröffentlicht. Barlow führt 1897 deren 31 auf, welchen er 7 selbst beobachtete anreiht. Rovsing führt 1897/98 von durch Bacter. coli

verursachter Bakteriurie der Blase 22 Fälle an und 21 Fälle von renaler Bakteriurie (Nierenbecken- ohne Blasenerkrankung); Melchior läfst aber als einwandsfrei von ersteren nur 9, von letzteren nur 8 gelten. Ferner führt Rovsing 8 Fälle von „Cystites catarrhales ammoniacales“ an, die Melchior ausschliefslich durch Bacterium coli entstanden beurteilt. Aufser dem letztgenannten Bakterium sind in der Litteratur nur 11 Fälle veröffentlicht mit anderen Mikroorganismen als Entstehungsursache; unter diesen 11 Fällen sind 8 von Roberts nicht mit aufgeführt, weil Barlow ihre Echtheit bezweifelt, auch der Fall Barlows nicht, welcher Sarcénurie zeigte. Über die Entstehung von Bact. coli Cystitis fafst Barlow wie für die durch andere Mikroben entstandene, seine Ansicht dahin zusammen: Einwanderung aus dem Darmkanal unmittelbar durch die Gewebe oder auf den Lymphwegen, manchmal scheinen Gonorrhoe und ihre Komplikationen eine Rolle zu spielen; Rovsing, der Bakteriurie durch andere Mikroorganismen als durch Bact. coli verursacht, in Abrede stellt, meint, dass die Verbreitung am häufigsten durch die Blutbahn geschieht; Warburg teilt diese Ansicht, während Barlows berechtigte Frage, wie es möglich sei, dafs in ganz gesunder Blase das Bact. coli weiter gedeihe, Rovsing zu dem Schlusse zwingt, das Vorkommen einer ausschliefslich in der Blase vorkommenden Bakteriurie in Abrede zu stellen. Schlifka (1896) hält den Verdacht aufrecht, dafs bei jedem mit Urethrit. komplizierten Fall von Bakteriurie die Prostata beteiligt ist. Krogius veröffentlicht 2 einschlägige Fälle von chron. Prostatit.; Goldenberg einen sehr lehrreichen Fall von Samenbläschenentzündung mit nachfolgender Epididymit. dupl., bei dem Bacter. coli zu Grunde lag. Des letzteren Autors hervorragende Arbeit im 6. Heft des Centralblattes f. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1899 behandelt im besonderen die durch den Gonococcus hervorgerufenen Prostata- und Samenbläschenerkrankungen.

Gassmann betont nun den Kern der Frage: Wie kann man einwandsfrei Gonokokken und Eiterkörperchen als aus der Prostata bezw. aus den Samenbläschen stammend erkennen, ohne der bisher sicher häufig vorgekommenen Täuschung zu verfallen, die pathogenen Produkte der Harnröhre als aus Prostata u. s. w. stammend, zu beurteilen?

Die bisher sicherste Methode, die von Collan (1898), beurteilt G. in ihrer rascheren Ausführung als unsicher, da Collan von der unrichtigen Voraussetzung ausgeht, ein kräftiges Urinieren würde zur kompletten Reinigung der Harnröhre genügen. Doch selbst 3 maliges Durchspülen der Harnröhre mit je 1 Liter Wasser nach der Methode von Janet erfüllte diesen Zweck nicht. G. versucht nun chemische und mechanische Wirkung zu vereinen zur vollständigen Reinigung der Harnröhre:

1. Zunächst Durchspülen der Harnröhre nach Janet mit 1 Liter 0,1 : 400 Arg. nitr.-Lösung und Entleerung derselben; (selbst in frischen Fällen pflegen erst nach 8 Stunden vereinzelte Gonokokkengruppen wieder aufzutreten.)

2. Der Kranke läfst 200—300 g Urin.

3. Expression der Prostata in vornübergebeugter Stellung des Kranken.
4. Erneutes Urinieren.
5. Expression der Samenbläschen mit dem Instrument von Pezzoli.

Bietet das durch den Meatus gewonnene Prostata- bezw. Samenblasensekret — fliefsen diese nach der Blase ab, so ist die Gewinnung durch Centrifugieren des Urins unschwer — nur spärliche Eiterkörperchen oder Mikroben, so ist eine Drüsenaffektion sicher auszuschliefsen; in noch immer zweifelhaften Fällen folgt auf die Durchspülung der ganzen Harnröhre mit der Höllensteinlösung erst noch Durchspülung mit 2—3 Litern künstlichen Serums.

Der eine Fall, mit dem G. die Litteratur bereichert, ist in minutiösen Einzelheiten wiedergegeben: 34jähr. Mann, vor 2 Jahren Gonorrhoe, die in 3 Wochen „geheilt“ war; vor 18 Tagen frische rechts-, 10 Tage später frische linksseitige Epididymit. Linkes Samenbläschen erweist sich als krank. Es kann nur Staphylococcus alb. pyogen. gewonnen werden. Die Blasenschleimhaut blieb, wie auch der kystoskopische Befund ergab, intakt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

L'électromassage de la prostate dans le traitement des prostatites chroniques, de l'hypertrophie de la prostate et du prostatisme vésical. Von Hogge. (Extrait du compte-rendu de la 4e session de l'Ass. fr. d'Urologie.

H. giebt in dieser Mitteilung einerseits die Angabe eines neuen Apparates zur Behandlung der Prostataaffektionen, andererseits eine kritische Würdigung des gegenwärtigen Standes der Frage der Prostatitis, gestützt auf 92 tabellarisch ausgeführte Beobachtungen subakuter und chronischer Prostatitis.

H. hält die Prognose der Infektiosität der gonorrhoischen Prostatitis für eine gute, insofern die Gonokokken nach einiger Zeit schwinden. Die Prognose der Entzündung an und für sich sieht er gleichfalls nicht in so pessimistischer Weise an, wie andere; er hat ungefähr in der Hälfte seiner Fälle Heilung erzielt, im allgemeinen nach einer $^1/_4$ Jahr überdauernden, zuweilen jahrelang durchgeführten Behandlung. Die Massage will er bei akuter Gonorrhoe gar nicht, bei subakuter und chronischer Prostatitis in milder Weise ausgeführt wissen; der Ansicht von Frischs, dafs auch bei subakuter Gonorrhoe die Prostatamassage strikte kontraindiziert sei, widerspricht H. entschieden. (Mit Recht; denn eine ganze Reihe subakuter und infektiöser Urethritiden werden geheilt und werden nur dann geheilt, wenn man die Prostata vor der Urethralbehandlung auspreſst. Ref.)

Der Apparat Hogges ist ein Fingerling, an dessen Volarseite ein Platinplättchen isoliert ist als negativer Pol einer galvanischen Batterie; man führt den Zeigefinger mit dem Fingerling wie bei der Massage ein und führt vom Centrum zur Peripherie bei 5—15 M.-A. etwa 5 Minuten lang Streichungen der Prostata aus.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Über Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente. Von Felix Schlagintweit. (Ebenda.)

Von den zur Bestreichung urologischer Instrumente verwendeten

Mitteln ist Glycerin nicht geeignet, weil es zu hygroskopisch ist. **Kraus** empfiehlt:

Gummi tragacanth 2,5,
Glycerin 10,0,
Karbolwasser (3%) 90,0.

Verf. füllt diese Mischung in Tuben, aus welchen direkt die Masse in die Harnröhre eingespritzt wird. Federer-Teplitz.

For Prostatitis. (Med. News 1899, 9. Dez.)

Bei Prostatitis werden Suppositorien in folgender Zusammensetzung empfohlen:

Ichthyol. 3.75
Ol. theobrom. 22.5

f. supp. No. XII: DS. Ein Suppositorium am Abend und eins am Morgen nach der Defäkation. Schmerz und Druckgefühl schwinden rasch, die hypertrophische Schwellung wird wesentlich vermindert. Dreysel-Leipzig.

Traitement de l'hypertrophie prostatique. Deux observations de déférectomie. Von L. Le Clerc-Dandoy. (Journ. Méd. de Bruxelles 1899, 21. Dez.)

Nach einigen Bemerkungen pathologisch-anatomischer Natur bespricht Verf. die Frage der Prophylaxe der Prostatahypertrophie. Da eine Prostatahypertrophie fast ausnahmslos nur in Fällen eintritt, bei denen in früheren Jahren eine Gonorrhoe vorhanden war, so liegt der Gedanke eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen beiden Affektionen nahe. Während einer Gonorrhoe sollte daher jede, auch die geringste Entzündung der Prostata bis zu ihrem vollständigen Schwinden behandelt werden. — Verf. bespricht dann weiter die Bottinische Operation, Kastration und die doppelseitige Durchtrennung des Vas deferens. Er führt zwei Fälle an, bei denen er die letztere Methode mit sehr gutem Erfolge in Anwendung gebracht hatte. Er hält diese Art der Behandlung für die empfehlenswerteste, weil der Eingriff dabei nur ein unbedeutender, der Erfolg aber ein sehr guter ist.

Dreysel-Leipzig.

Experience with the Bottini operation in hypertrophy of the prostate. Von L. Freeman. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 23. Dez.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Vorzüge und die Ausführung der Bottinischen Operation berichtet F. unter Anführung der Krankengeschichten über seine an 8 Fällen erlangten Resultate. Diese waren im allgemeinen sehr gute; die meisten Kranken konnten schon wenige Stunden nach der Operation spontan etwas Urin entleeren. Schmerzen nach der Operation traten selten auf. Bei 7 Fällen war in den ersten Tagen kein Fieber vorhanden, doch trat meist später infolge Entzündung der Epididymis oder Prostata leichte Temperaturerhöhung ein. Epididymitis, die häufigste Komplikation, trat 5 mal auf. Incontinentia urinae stellte sich mehrmals ein, ging aber immer bald wieder vorüber. Zu einem Abscess der Prostata kam es zweimal. Dreysel-Leipzig.

5. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen und der Samengefäfse.

Les mouvements volontaires du crémaster. Par Féré. (La Presse Méd. No. 101, 20. Dez. 1899.)

Die Beobachtung, dafs einzelne Individuen willkürlich den Kremaster bewegen können, findet eine interessante Illustration in der Thatsache, dafs diese Fähigkeit bei eintretender Hemiplegie auf der gelähmten Seite verloren geht. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

A case successful suture of the vas deferens divided in a Hernia-operation. Von J. B. Roberts. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 30. Dez.)

R. hatte das Unglück, bei der Radikaloperation einer Inguinalhernie das durch den Druck des Bruchsackes stark verdünnte Vas deferens zu durchschneiden. Er legte am unteren Teile des durchtrennten Samenleiters einen kurzen Spalt an, stülpte das obere Ende in diesen Spalt und vernähte die beiden Teile miteinander. Nach einigen Wochen war am betreffenden Hoden eine Veränderung noch nicht zu bemerken, jedenfalls war der Hoden nicht atrophisch, schien im Gegenteil vollständig normal zu sein.

Dreysel-Leipzig.

Zur Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis. Von Paul Witte. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 50, Heft I.)

Während früher einige Autoren die bei Gonorrhoe auftretende Epididymitis und Orchitis als die Wirkung eines vom Gonococcus zu unterscheidenden Mikroorganismus. des sogenannten Orchiococcus ansahen, nehmen andere eine Mischinfektion an. Die Mehrzahl aber ist jetzt der Ansicht, dafs der Gonococcus der Urheber ist. Den Nachweis haben mehrere Autoren erbracht. Verf. teilt dann einen solchen Fall mit, bei dem man in einem Abscefsinhalt Gonokokken nachweisen konnte.

Federer-Teplitz.

Die Tuberkulose des Hodens. Von Verhoogen. (La policlinique 15. VIII. 99, Münch. Med. Wchschr. 1899, 45.)

Die Epididymis ist oft die einzige Lokalisation der Tuberkulose im Organismus. Der Hoden kann in Mitleidenschaft gezogen werden, obgleich die Fisteln der durchgebrochenen Nebenhodenabscesse narbig verheilt sind. Kastration hielt Verf. nur bei Kachexie durch die andauernde Eiterung für angezeigt. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Primary orchitis in mumps. Von L. B. Edwards. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1899, 14. Okt.)

Orchitis bei epidemischen Mumps ist nicht als eine Metastase oder Komplikation zu betrachten, sondern gehört zum Krankheitsbild selbst und bildet eine Teilerscheinung von diesem. Der beste Beweis für diese Ansicht ist das allerdings seltene Vorkommen, dafs die Orchitis früher auftritt als die Parotitis. E. konnte 4 derartige Fälle beobachten. Die ersten Symptome

bestanden in Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerz; innerhalb 24 Stunden entwickelte sich dann die Orchitis. Am 3. oder 4. Tage trat die Parotitis auf. Die Allgemeinsymptome liefsen am 6. und 7. Tage nach; bald darauf begann auch die Abschwellung des Testikels. Dreysel-Leipzig.

6. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Notes on ureteral catheterism, catheters and bougies. Von J. W. Gonley. (New-York Med. Journ. 1899, 4. Nov.)

Verf. giebt einen Überblick über die Geschichte des Katheterismus und über die verschiedenen Formen der gebräuchlichen Instrumente. Die erste Erwähnung der Katheter findet sich bei Celsus, doch sind sie schon lange vor diesem in Gebrauch gewesen. Bei Hippokrates werden sie nicht erwähnt.

Im allgemeinen sollten nur weiche Katheter gebraucht werden. Wenn diese entsprechend hergestellt sind, dann ist eine vollkommene Desinfektion, ohne dafs das Instrument Schaden leidet, sehr wohl möglich. Ein guter Katheter soll in seiner ganzen Ausdehnung, und zwar sowohl aufsen als auch innen mit einer nicht zu dicken Schicht Firnifs überzogen sein. Der Überzug im Inneren macht den Katheter widerstandsfähiger und ermöglicht eine bessere Reinigung. Dreysel-Leipzig.

Technischer Beitrag zur Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankungen. Von Dr. G. Nobl-Wien. (Wien. Med. W. Nr. 46 und 47, 1899.)

Verf. erörtert, wie das sog. Janetsche Verfahren, richtiger die Laveau-Berthollesche Ausspülung, durch die Massenberieselung der erkrankten Schleimhautpartien sowie der excessiven Dehnwirkung und Penetrationsfähigkeit des Flüssigkeitsstromes ein Antiseptikum mildester Sorte wie das übermangansaure Kali in der Reihe der Antiblennorrhoica an erste Stelle gerückt hat, schildert eingehend verschiedene Ansatzkanülen und empfiehlt für therapeutische und differentialdiagnostische Ausspülungen in akuten, subakuten Stadien, bei ulcerösen Läsionen der Urethralschleimhaut, beginnenden xerotischen Metamorphosen sowie initialen Retraktionszuständen eine von ihm angegebene und erprobte Glaskanüle, erhältlich bei R. Siebert, Wien IX, Schwarzspanierstrafse 11. Verschlufs mittelst Quetschhahn des Leiterschen Irrigators. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Urethritis non gonorrhoica. Von Barlow. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1899, Bd. 66, S. 444—469. S.-A.)

22jähr. Mann, Coitus vor 8 Tagen, Ausflufs seit 24 Stunden. Bisher geschlechtlich und sonst gesund. Ausflufs eiterhaltig, aber stets, wie 30 im Lauf von 8 Wochen vom Harnröhrenausflufs und 15 vom Sekret der Urethraldrüsen, der Prostatadrüsen, der Samenblasen angefertigte Präparate, sowie Impfung auf Agar und Gelatine bewiesen, frei von Bakterien, insbesondere von Gonokokken und Tuberkelbacillen. 3 Wochen ohne Therapie, dann 4 Monate Adstringentien und Arg. nitr.; der Ausflufs blieb während der Einspritzungen fort und kehrte nachher wieder; in der Folgezeit noch

Eiterfäden im 1. Teil des Harns, gleichfalls stets bakterienfrei. Nach einem Jahr Infektion mit Gonorrhoe.

Aus dieser Beobachtung und einigen anderen schliefst B., dafs eine primäre Urethritis non gonorrhoica existiert, in deren Produkten man mit unseren bisherigen Methoden niemals Bakterien irgend welcher Art findet; die Krankheit scheint kontagiös zu sein.

Weitere Eigenbeobachtungen sind in der Arbeit, welche Verf. „kritische Studie" benennt, nicht enthalten.

Bakterielle Urethritis non gonorrhoica ist nach B. bisher nur 1 mal von Bockart sicher gestellt; die zahlreichen übrigen Mitteilungen betreffen teils nicht zweifellos als primär nicht gonorrhoisch erwiesene, teils nicht durch einwandsfreie Kulturen und Impfversuche gestützte Beobachtungen.

Konstitutionelle Urethritis, Urethritis ab ingestis sind nicht sicher bewiesen. Traumatische Urethritis non gonorrhoica kann nach Katheterismen, Einspritzungen und durch Fremdkörper entstehen, vielleicht auch durch indirektes Trauma vom Damme her.

Die bisherigen Mitteilungen über Urethritis non gonorrhoica, in 50 am Schlufs zitierten Arbeiten niedergelegt, finden bei B. kritische Würdigung. Er stellt folgende Anforderungen an eine einwandsfreie Beobachtung von Urethritis non gonorrhoica:

1. Bisher nie Tripper.
2. Gonokokkenuntersuchungen sehr häufig, in allen Sekreten, nach Irritation.
3. Klinischer Ausschlufs von Tripperresten.
4., 5. Ausschlufs von Lues, Tuberkulose, Herpes urethralis, Ulcus molle urethrae.
6. Endlich gelungene Impfung auf gesunde menschliche Harnröhre.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Un caso di settico pivemia da stafilococco aures consecutiva ad un flemmone periurethrale. Von Dr. Defsy. (Giornal. Ital. d. malad. veneree e della pelle 1898, Nr. 5.)

Mit einer von einem Apotheker empfohlenen Flüssigkeit hatte sich der Pat. D.s intraurethrale Injektionen wegen frischer Gonorrhoe gemacht. Der Ausflufs hörte rasch auf, jedoch trat Fieber mit Anschwellung des Penis und Skrotum auf. Der Tod erfolgte an Sepsis.

Die von der Milz und aus dem Blute gezogenen Kulturen bestanden aus reinen Staphylokokken.

Aufser einer diffusen Infiltration fanden sich im Corpus cavernosum noch viele kleine Abscesse. Auch die Nieren zeigten akute infektiöse Glomerulonephritis. Am Blasenhals lagen mehrere submucöse Abscesse.

König-Wiesbaden.

Indications et technique de l'urétrotomie externe. Par F. Guyon. (La Presse Méd. No. 100, 16. Dez. 1899. Aus der Klinik für Erkrankung der Harnwege zusammengestellt von Noguès.)

Gelegentlich der Demonstration eines 45jährigen Kranken, an welchem der äufsere Harnröhrenschnitt vorgenommen werden soll, wegen impermeabler

Striktur, die auf eine im 19. Lebensjahr acquirierte Gonorrhoe zurückzuführen ist, werden die Indikationen und die Technik dieser Operation besprochen:

Vom 1. Nov. 1891 bis 31. Okt. 1898 wurden auf genannter Klinik 46 äufsere und 752 innere Harnröhrenschnitte vorgenommen, mit 2 Todesfällen (d. i. 4,34 %) bei ersterem und 9 Todesfällen (d. i. 1,01 %) bei letztgenanntem Eingriff; bemerkt sei noch, dafs auch, wo es Not that, in den aussichtslosesten Fällen operiert wurde.

Die Vorzüge der internen Urethrotomie sind: bessere Prognose, Einfachheit der Ausführung, geringere Gefahr durch Blutverlust, kürzeres Krankenlager. Zu erwägen ist ferner, dafs das multiple Vorkommen der Strikturen die Regel bildet, dafs die in der Pars pendula und im Bulbus (sehr häufig) vorkommenden Strikturen durch die übliche Urethrotom. extern. nicht getroffen werden.

G. benutzt die „Béniqués trauchants“, mit denen vorher allmählich die Strikturen gespannt werden können, zur Durchtrennung und läfst, nach wenigen Tagen Zimmeraufenthalt, die Kranken ambulant durch Dehnungen behandeln.

Die Indikationen für Urethrotom. extern. werden dahin präzisiert: Unbedingt notwendig bei frischen Traumen, welche die Dammgegend treffen und bei impermeablen Strikturen.

Bei der Schilderung der Ausführung wird betont, dafs die oft schwierige Auffindung des hinteren Harnröhrenstumpfes durch Aufsuchen des Ligament. arcuat. infer. und durch Druck auf die Blase erleichtert wird. Was das Ausschneiden der Striktur angeht, so wird von der Entfernung frisch entzündlicher Strikturen unbedingt abgeraten. Ob der Damm nach Anfrischung der Wundränder genäht werden soll, hängt von der Beschaffenheit der durch das Trauma getroffenen Gewebe ab.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urèthre. Von Dr. Delore. Gaz. hebdom. Mai 1899

Verf. tritt für die Anlegung einer permanenten perinealen Harnröhrenmündung ein bei allen Fällen von Verengerung, wo nicht durch die Gewifsheit sorgfältiger, jahrelanger Nachbehandlung der Erfolg einer Urethrotomie sicher gestellt ist. Ebenso empfiehlt er diese Operation bei alten Leuten, da sie viel einfacher und weniger eingreifend sei. Die durch die Urethrotomie bedingten Unbequemlichkeiten werden im allgemeinen sehr überschätzt. 2 auf diese Weise wegen alter derber Strikturen behandelte Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Betreffs der Technik selbst sei noch bemerkt, dafs Verf. das vesikale Ende der Harnröhre isoliert, bis an die Hautwunde herauszieht und mit Silberdraht befestigt. Die peripherisch gelegenen schwieligen Narben werden soweit wie möglich exstirpiert.

König-Wiesbaden.

Case of rectoperineal stone. Von R. Guiteras. (Philadelphia Med. Journ. 1899, 25. Nov.)

Der Kranke G.'s, ein 26 jähriger Mann, war in seinem 8. Lebensjahre

von einer akuten Urinretention befallen worden. Damals war die perineale Cystotomie gemacht, ein Stein jedoch nicht gefunden worden. Fast der gesamte Urin entleerte sich seitdem durch die Öffnung am Perineum, durch die Harnröhre gelangten nur wenige Tropfen. Seit drei Jahren entstanden zeitweise am Damm kleine, schmerzhafte Eiterherde. Der Mann litt aufserdem noch an einer Gonorrhoe mit Blasenentzündung und linksseitiger Epididymitis. Durch eine von der Basis des Skrotums zum Anus hin gerichtete Incision ward ein 3 Zoll langer, 2 Zoll breiter Stein entfernt. Dieser lag zwischen Harnröhre und Rektum und hatte zu einer Atrophie und Perforation der vorderen Wand des letzteren geführt. Es bestanden zwei Fisteln: Eine Recto-perineale und eine Urethro-perineale. Während es trotz mehrfacher operativer Versuche nicht gelang, die erstere Fistel zu schliefsen, konnte die letztere durch Sondenbehandlung fast ganz zum Schwinden gebracht werden. 15 Monate später war an der recto-perinealen Fistel Spontanheilung eingetreten, während die urethro-perineale Fistel sich wieder geöffnet hatte.

Dreysel-Leipzig.

Epithéliome du prépuce. Par A. Claisse et A. Durrieux. (La Presse Méd. No. 96, 2. Dec. 1899.)

Demonstration eines entwickelten Epithelioms an der Vorhaut eines 70jährigen Diabetikers, das durch totale Circumcision entfernt worden war.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Un cas de lithiase du prépuce. Von Dr. Alex Louis (Velefsia in Macedonien). (Annales des malad. des org. génit.-urinaires 1900, Nr. 1.)

Ein 45jähriger Mann litt seit 7 Jahren an einer zunehmenden schmerzhaften Verdickung der Eichelgegend. Dieselbe hatte Birnenform, und der ganze Penis sah einem Glockenschwengel nicht ganz unähnlich. Aus der Öffnung des Präputium entleerte sich stinkender Eiter. Durch einen 4 cm langen Schnitt wird die Vorhaut gespalten und es werden 110 (!) Steine entleert, welche zwischen Eichel und Vorhaut lagen. 30 erreichten die Gröfse einer Erbse, die übrigen waren kleiner. König-Wiesbaden.

Deux cas de Pseudo-Hermaphroditisme (Gynandroides). Par Bacaloglu et Fossard. (La Presse Méd. No. 97, 6. Dec. 1899.)

Von wahrem Hermaphroditismus beim Menschen sind 20 Fälle bekannt, die Blacker und Lawrénce in The Lancet vom 11. Juli 1896 zusammenstellten. Die Verff. halten von diesen nur 2 oder 3 ganz einwandsfreie, welche sich als einseitiger Hermaphroditismus erwiesen. Nicht ein einwandsfreier Fall von doppelseitigem wirklichem Hermaphroditismus sei veröffentlicht; auch bei dem von Heubner 1870 bekannt gegebenen Fall lassen die Verff. die Möglichkeit zu, dafs es sich um einen überzähligen Eierstock und nicht um einen Hoden der einen Seite gehandelt habe.

Unter den Hypospadiäen trifft man die meisten Androgynäden; die Verff. führen Tardieu's, in seinem Buche über „Identité“, veröffentlichten berühmten Fall der Alexina B . . . an, die in einem Kloster und in Mädchenpensionaten untergebracht war, bis sie sich, 22 Jahre alt, in einen Mit-

zögling verliebte, was zur Entdeckung ihres wahren Geschlechts führte. Sie wurde durch das Gericht von Rochelle als Mann rehabilitiert und bestätigte die Leichenöffnung nach ihrem Tode durch Selbstmord das Bestehen von Hypospadie bei einem Manne. Die Verff. veröffentlichen 2 Selbstbeobachtungen von Pseudohermaphroditen, welche unter die Gruppe der Gynandroiden gehören.

1. Fall. 47jährige unverheiratete Person, wegen Selbstmordversuches mit Kohlenoxydgas März 1899 ins Spital gekommen. Vorgeschrittene Phthisikerin mit männlichem Habitus des Oberkörpers, reichlichem Bartwuchs, doch langem Zopf, mächtig entwickelter Klitoris 4,5 cm, mit leicht beweglicher „Vorhaut", erektil; die grofsen Schamlippen täuschen gut das Scrotum vor; Harnröhrenmündung unter der Klitoris; Scheideneingang zeigt myrtiforme Karunkeln; sehr eng; äufserer Muttermund kaum geöffnet, Hals fast verstrichen, Scheide kurz. War unregelmäfsig menstruiert. Nach 2monatlichem Hospitalaufenthalt Tod. Obduktion unterblieb. Es ist noch zu erwähnen, dafs E. M. die Gesellschaft von Frauen vorzog und sexuell mit Prostituierten verkehrte.

2. Fall. 30jährige unverheiratete Person, wegen Perforationsperitonitis nach Blinddarmentzündung 15. August 1899 zur Aufnahme gekommen. Mittelgrofs, muskulös, männlicher Gesichtsausdruck; Backen- und Schnurrbart; Stimme, Hände und Füfse weiblich, desgleichen das Becken, Brüste schlecht entwickelt. Keine Scheide, der untersuchende Finger gelangt in eine enorm erweiterte Analöffnung. Tod am 17. August. Obduktion: Klitoris mit Präputium 8 cm lang, 5 cm umfangreich. Die grofsen Schamlippen gut entwickelt. Urethralmündung am unteren Ende der Klitoris, 10 cm vor dem Anus. Uterus infantil, doch mit den Adnexen vorhanden. Zwischen Genitalien und Darm keine Kommunikation. Hatte nie menstruiert. Die Ovarien bindegewebig entartet ohne Graafsche Follikel.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

7. Gonorrhoe.

Beiträge zur Biologie des Gonococcus. (Kultur, Tierexperimente und klinische Beobachtungen über gonokokkenhaltige Abscesse im Bindegewebe.) Von W. Scholtz. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 49, H. 1.)

Die besten und zuverlässigsten Nährböden zur Kultivierung des Gonococcus sind nach Sch. Gemische von serösen, menschlichen Flüssigkeiten mit Agar resp. Bouillon. Auf derartigen Nährböden gelang Verf. die Züchtung von Gonokokken auch in Fällen, wo solche im Sekret mikroskopisch nicht nachweisbar waren.

Die Leiber der Gonokokken enthalten nach Sch. ein Gift, das auf Meerschweinchen, weifse Mäuse, Kaninchen toxische Wirkungen ausübt. Abgetötete Gonokokken in die menschliche Harnröhre injiziert rufen eine vorübergehende Eiterung hervor. Dasselbe ist jedoch auch bei Staphylococcus, Pyoceaneus etc. der Fall.

Klinische Beobachtungen führt Verf. drei an. Bei der 1. handelt es

sich um eine gonorrhoische Allgemeininfektion mit gonokokkenhaltigen Abscessen am Unterschenkel und mit Lungen- und Herzerscheinungen, die aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem Gonococcus in ätiologischer Beziehung standen. Der Fall ging in Heilung über. Bei dem 2. Falle war neben einer frischen, unkomplizierten Gonorrhoe ein gonokokkenhaltiger Abscess an der Wurzel des Penis vorhanden. Der dritte Fall wies eine ausgedehnte phlegmonöse Entzündung am Damm auf, in deren Eiter sich gleichfalls Gonokokken befanden. — Diese Fälle zeigen, dass die Gonokokken auf dem Wege der Lymph- und Blutbahn in entfernte Körpergegenden verschleppt werden können, dass sie aber auch im Bindegewebe sich anzusiedeln und daselbst Eiterung, sogar echte Phlegmonen hervorzurufen vermögen. Dreysel-Leipzig.

Pleurésie à gonocoque de Neisser. Par P. Cardile. (La clinica medica italiana 1899, Septembre urog., pag. 549. La Presse méd. No. 1, 3. Jan. 1900.)

Eine junge Frau, von ihrem Manne mit Gonorrhoe infiziert, bekam eine Rippenfellentzündung; das Punktionsergebnis wurde centrifugiert und ergab zunächst ausschliesslich Gonokokken, später solche mit einem Diplococcus vergesellschaftet.

C. weist auf die Seltenheit des Falles hin, dafs die Rippenfellentzündung die einzige Komplikation der Gonorrhoe war und blieb.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Fälle von ungewöhnlicher Lage der Gonokokken. Von G. K. Swinburne. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseas. Bd. 17, Oktober 1899.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von blennorrhoischer Infektion paraurethraler Follikel, die dem Auftreten der akuten Blennorrhoe vorausging.

Ein dritter Fall ist dadurch interessant, dafs nach Abheilung der Gonorrhoe eine Infektion eines Follikels des Präputiums auftrat. Der Follikel wurde durch Cirkumcision entfernt. In einem 4. Fall handelte es sich um Infektion eines Follikels am Frenulum. Federer-Teplitz.

8. Bücherbesprechungen.

Genesis, das Gesetz der Zeugung. Von Prof. G. Herman. (1. Band: Sexualismus und Generation, 2. umgearbeitete Auflage, Leipzig 1899, Arwed Strauch.)

Ein etwas mystisch gehaltenes, hier und da etwas schwer verständliches und den neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften auch etwas vorauseilendes Schriftchen. Jedenfalls steht der Herr Verf. auf einem Standpunkte, welcher zunächst nicht allgemein geteilt werden dürfte. Es sind viele subjektive und zunächst einmal — gelinde gesagt — nicht praktisch verwertbare Ansichten darin ausgesprochen, so dafs es sich nicht verlohnt, hier näher auf den fraglichen Inhalt einzugehen. Indessen mufs es doch sein Leserpublikum gefunden haben, denn es ist bereits zum zweitenmale aufgelegt. Ich glaube am besten den Inhalt des Schriftchens mit einigen Zeilen aus dem Schlufs des Kapitels: „Willkürliche Geschlechtsauslese“ zu kennzeichnen,

es heifst darin: „Seit der Entdeckung Röntgens, dessen X-Strahlen es gelungen ist, das Skelett des Fötus im Mutterleibe so scharf zu photographieren, dafs aus der Beckenform das Geschlecht erkannt werden konnte, darf man das Wort „unmöglich" nicht mehr aussprechen. Ist es einst gelungen, den Gatten ein untrügliches Erkennungszeichen in die Hand zu geben, woran sie das Geschlecht des gerade reif gewordenen Eichens im Ovarium erkennen können, so haben sie die willkürliche Geschlechtsauslese in der Hand etc. O.

Die lokalen Erkrankungen der Harnblase. Von Dr. Otto Zuckerkandl, Privatdozent für Chirurgie in Wien. (Spezielle Pathologie und Therapie von Prof Nothnagel, XIX. Band, II. Teil, II. Heft. Wien 1899, Alfred Hölder.)

Das Werk zerfällt in zwei Hauptteile, einen allgemeinen und speziellen. Der erste enthält 4 Abschnitte und beginnt mit der üblichen Darstellung der Anatomie und Topographie der Blase. Der zweite ist den Untersuchungsmethoden der Blase gewidmet: Inspektion, Perkussion, Palpation. Freilich sind alle diese Methoden im Grunde genommen jetzt nur noch Notbehelfe. Dann erwähnt der Verf. bei den instrumentellen Untersuchungen der Blase das unbedingte Erfordernis der Asepsis. Die Narkose, die Einführung der Instrumente in die Harnröhre werden besprochen, schliefslich kommt Z. auf die Endoskopie der Blase zu sprechen. Bei diesem wichtigsten Abschnitt wären etwas gröfsere Ausführlichkeit, Illustrationen und ein reichliches Zurückgreifen auf Nitzes Vorschriften am Platze gewesen. Was nützt alle Palpation, Inspektion, Katheter und Sondeneinführerei, wenn ein Blick in ein gutes Kystoskop genügt, um definitive Klarheit zu verschaffen. Das III. Kapitel bespricht die Symptomatologie. Das Thema: Harndrang, ist jedenfalls sehr instruktiv geschrieben. Ebenso steht der Verf. im 4. Kapitel mit den Besprechungen der Hämaturie, Pyurie, Bakteriurie und Pneumaturie etc. durchaus auf der Höhe. Der spezielle Teil beginnt mit den Bildungsfehlern der Blase, an dieses schliefst sich, entsprechend der Wichtigkeit, eine ausführliche Abhandlung über die Cystitis an. Auch dieses Thema wird allen billigen Anforderungen gerecht, ist sehr ausführlich gehalten und enthält für den Lernenden reichliche praktische Winke. Dann folgt eine Besprechung der Steinkrankheit der Blase; eine Erkrankung, in welcher der Verf. reichliche Erfahrung besitzt. Merkwürdig berührt dabei allerdings, dafs das ganze Thema der Entfernung der Blasensteine mit 21 Zeilen abgemacht wird. Den Schlufs des Buches bilden die Geschwülste der Blase und die Entozoen. O.

Die nervösen Erkrankungen der Blase. Von Dr. L. v. Frankl-Hochwort und Dr. O. Zuckerkandl. (Spezielle Pathologie und Therapie herausgeg. von Prof. Dr. H. Nothnagel, XIX. Band, II. Teil, 1. Heft, 15 Abbildungen. Wien 1899, Alfred Hölder. Preis 3 Mk. 60 Pf.

Mit einer 23 Seiten umfassenden physiologischen Einleitung beginnt das Buch. In derselben werden alle neueren Experimente und sonstigen Forschungen ausführlich angeführt. Im allgemeinen springt ja nicht allzuviel praktisch Verwertbares aus diesen Untersuchungen heraus, indessen ist es ja gewifs schätzenswert und nötig, die fraglichen Arbeiten an

einer solchen Stelle zusammenzufassen. Es folgt dann ein Kapitel, betitelt die „Allgemeine Symptomatologie". In demselben gelangen zur Besprechung: Die rein sensiblen Anomalieen der Blase — die Dysuria nervosa bei centralen Erkrankungen — die nervöse Harnretention bei ebensolchen Gelegenheiten, ferner die nervöse Inkontinenz, eine Abart dieser rein nervösen Erkrankung: Hypertonische Blase und Pollakurie, weiter die in der letzten Zeit in der Litteratur öfters erwähnte ausdrückbare Blase bei myelitischen Erscheinungen im Lendenmarke, endlich wird noch über Komplikationen nervöser Störungen berichtet. In einem dritten speziellen Teil werden die Blasenstörungen bei anatomischen Erkrankungen des Nervensystems abgehandelt.

Spinale Erkrankungen, Neuritis multiplex und cerebrale Erkrankungen (25 Seiten), zweitens bei Neurosen, wozu die Verf. rechnen: Neurasthenie, Hysterie, Enuresis infontium, Epilepsie (23 Seiten). Etwas kurz ist der letzte Teil, die Therapie weggekommen, auch etwas polypragmatisch und veraltet ist dieselbe. Indessen sind das keine Nachteile für die Verwendbarkeit des Buches. Für den Urologen liegt der Hauptwert des Werkes darin, dafs er korrekt und kurz die neuen Forschungen und bewährten Ansichten der Spezialneurologen für die Beteiligung der Blase an den Nervenerkrankungen zusammengefafst in die Hand bekommt. Immerhin ist dies eine Arbeit, welche bisher noch nicht auf dem Büchermarkt vorhanden war und entschieden eine Lücke ausfüllt. Als Vorzug verdient hervorgehoben zu werden, dafs den speziell neurologischen Ansichten kein Raum gegönnt ist. O.

Die Krankheiten der Prostata. Von Dr. A. v. Frisch. (Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Prof. Dr. Nothnagel, XIX. Band, II. Teil, III. Heft. Wien 1899, Alfred Hölder.)

Ein fleifsig zusammengestelltes, sehr voluminöses Werk, in welchem die meisten anderen Ansichten ausführlich wiedergegeben sind. Es lehnt sich vielfach an die einschlagenden Arbeiten Guyons an, mit eigenen Forschungen und Ansichten tritt der Verf. weniger hervor, was ja indessen den Wert und die Brauchbarkeit des Buches nicht vermindert.

Es beginnt mit einer Anatomie der Prostata, wobei spezielle Aufmerksamkeit den Nerven und Nervenendigungen (Timofew) gewidmet ist. Ihr folgt eine Besprechung der Physiologie, die Bedeutung des Sekretes, der Mechanismus des Blasenverschlufses (Rehfisch) u. s. w. Nach den Untersuchungsmethoden folgt die Besprechung der Entzündungsformen, wobei er sich an Guyon anschliefst, der chronischen Prostatitis ist ein langes und ausführliches Kapitel gewidmet. Es folgen Neurosen und Tuberkulose. Das ausführlichste Kapitel bilden die Altersveränderungen, in der Einteilung derselben folgt er Guyon, lehnt aber dessen Theorie der Arteriosklerose ab. In der Radikalbehandlung läfst er nur die Bottinische Operation gelten, von der er noch mehr instrumentelle Vervollkommnung erhofft. Die Atrophie der Prostata und der seltene Fall der Parasiten bilden den Schlufs des Buches. O.

Über den Heilwert des Urotropins bei infektiösen Erkrankungen des Harnapparates.

(Nach einem am IX. Kongresse polnischer Chirurgen in Krakau gehaltenen Vortrage.)

Von

Dr. **S. Grosglik** aus Warschau.

M. H.! Wer die Gelegenheit gehabt hat, den Wert sog. antiseptischer, zu innerlichem Gebrauche bei infektiösen Prozessen des Harnapparates empfohlener Mittel vorurteilslos zu prüfen, wird gewifs die Überzeugung gewonnen haben, dafs dieselben die Hoffnungen verschiedener Autoren nicht erfüllt haben, welche aus übrigens nicht ganz einwandsfreien Versuchen *in vitro* voreilige, in der Praxis keineswegs zu bestätigende Schlüsse zogen. Auf Grund persönlicher, auf ziemlich reichhaltigem Material gestützter Erfahrung erlaube ich mir entschieden zu behaupten, dafs selbst die gerühmtesten dieser Mittel, wie salicylsaures Natron und Salol, gar keinen therapeutischen Wert für die entzündeten Schleimhäute der Harnwege besitzen. Ihre angeblichen baktericiden Eigenschaften beruhen ausschliefslich auf einer temporären Hemmung der Bakterienentwickelung; dieselbe tritt übrigens nicht konstant auf und hält eben nur so lange an, als das gegebene Mittel, oder dessen Derivate sich im Harn befinden. Sobald dieselben aus dem Organismus vollständig eliminiert werden, tritt die Bakterienentwickelung in vollem Mafse zu Tage.

Am prägnantesten giebt sich diese Wirkung in reinen Formen von B a k t e r i u r i e kund, wo die Trübung des Urins ausschliesslich auf Anwesenheit von Bakterien beruht. So lange die be-

treffenden Kranken systematisch ein der obenerwähnten Mittel gebrauchen — was Wochen und Monate dauern kann — bleibt der Urin klar. Es gelang mir aber kein einziges Mal, auf diese Weise eine radikale Heilung zu erzielen, indem nach Fortnahme des Medikamentes die primären krankhaften Eigenschaften des Urins von neuem aufzutreten pflegten. Offenbar besitzen die erwähnten Mittel keine bakterieide Wirkung, sondern es liegt ihnen die Eigenschaft inne, das Wachstumsvermögen der im krankhaft veränderten Urin enthaltenen Mikroorganismen temporär zu unterbrechen.

Bei wiederholten Untersuchungen von stark salicylhaltigem Harn konnte ich mich überzeugen, dafs derselbe niemals, selbst wenn er absolut rein zu sein schien, bakterienfrei war. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt stets die Anwesenheit mehr oder minder zahlreicher, in lebhafter Bewegung begriffener, verschiedenartigster Bakterien; wird ein solcher Urin auf gewöhnlichen Nährböden geimpft, so entwickeln sich, wiewohl etwas spät, Kolonien, was ein zweifelloser Beweis der Vitalität dieser Mikroben zu sein scheint.

Man hat vielfach, zwecks Illustrierung des echten Wertes von in der Praxis verwendeten Mitteln, Heilungsfälle von akutem Blasenkatarrh angeführt, als Beweis der Zweckmäfsigkeit innerer Mittel bei Entzündungen des Harntraktes. Man vergafs indessen, dafs der akute Blasenkatarrh sehr häufig entweder spontan ohne Zuthun des Arztes verschwindet, oder unter einer ausschliefslich symptomatischen Behandlung, ohne Anwendung von Antisepticis. Solche Fälle wurden von mir des öfteren beobachtet, und ich möchte daher entschieden behaupten, dafs wir hier die Heilung ausschliefslich den Naturkräften zu verdanken haben, und dafs der Glaube an irgend eine Wirkung obiger Specifica auf Täuschung beruht. Den einzigen ernsten Beweis könnte die Heilung von hartnäckigen chronischen Entzündungen liefern; derselbe ist aber bisher nicht erbracht worden.

Ein trauriges Zeichen der Erfolglosigkeit unserer diesbezüglichen Bemühungen bildet die ungemein grofse und stetig zunehmende Zahl der angeblichen Specifica gegen Entzündungen des Harnapparates Man kann wohl behaupten, dafs die Frage nicht von der Tagesordnung weicht; die Autoren überbieten ein-

ander im Anpreisen von angeblich sicher wirkenden Mitteln. Den gröfsten Ruhm jedoch geniefst gegenwärtig das Urotropin ($C_6H_{12}N_4$), welches dank den Arbeiten Nicolaiers[1]) grofsen Anklang gefunden und allmählich aus dem Gebrauche andere Mittel verdrängt hat, das bis in die neueste Zeit allen Antisepticis voranstehende Salol nicht ausgenommen. Seinen Ruhm verdankt das Urotropin seiner chemischen Zusammensetzung; es bildet nämlich eine Verbindung von Ammoniak mit Formaldehyd, welches bekanntlich sehr stark antiseptisch wirkt. Da das Urotropin sehr bald in den Harn gelangt, wo es mit Leichtigkeit nachzuweisen ist, wurde die Vermutung aufgestellt, dafs es in den Harnwegen eine partielle Spaltung erfährt, wodurch Formaldehyd frei wird.

Die erstaunlichen Erfolge der Autoren mit Urotropin bei verschiedenen Erkrankungen der Harnwege bewogen auch mich zu diesbezüglichen Versuchen. Meine Untersuchungen gipfeln in folgenden drei Punkten. 1. Die Prüfung des spärlichen und bis jetzt noch widersprechenden Angaben in betreff des Vorkommens von Formaldehyd im Harne nach Urotropingebrauch; 2. die Prüfung der antiseptischen Eigenschaften des Urotropins; 3. die Prüfung der therapeutischen Wirkung des Urotropins bei infektiösen Prozessen des Harnapparates.

I. Das Auftreten von Formaldehyd im Urin.

Das Urotropin gelangt rasch in den Harn und läfst sich in demselben schon nach Verlauf einer halben Stunde mittels gesättigten Bromwassers nachweisen, mit welchem es einen gelben, im Überschufs des Harnes löslichen Niederschlag bildet. Diese Reaktion ist konstant und um so deutlicher, je mehr Urotropin dem Harne beigemengt ist. Nach 24 Stunden gelang es mir kein einziges Mal, Urotropin im Urin nachzuweisen. Diesbe-

[1]) A. Nicolaier, Über die therapeutische Verwendung des Hexamethylentetramins. Cntrbl. f. d. med. Wissensch. 1894, Nr. 51.

Derselbe, Über die therapeutische Verwendung des Urotropins. Deutsche med. Woch. 1895, Nr. 34.

Derselbe, Über die Behandlung der Cystitis mit ammoniakalischer Harngärung durch Urotropin. Der ärztliche Praktiker 1897, Nr. 12.

züglich stimmen die Ergebnisse meiner Untersuchungen mit denen anderer Autoren vollkommen überein.

Anders steht es mit der Frage, inwiefern durch Zerlegung des Urotropins im Urin freies Formaldehyd auftritt. Diese Vermutung wurde zuerst von Löbisch[1]) aufgestellt und dann von Casper[2]) und Citron[3]) bestätigt, welche jedoch zugeben, dafs der Versuch nicht immer gelingt. Cohn[4]) vermochte kein einziges Mal auch die geringsten Spuren von Formaldehyd im Urin nachzuweisen. Meine 30 Fälle betreffende Untersuchungen gaben auch ein negatives Resultat, obwohl ich genau nach der Vorschrift Citrons verfahren hatte. Als Reagens für Formaldehyd dient Resorcinnatronlauge, welche folgendermafsen zubereitet wird: 40—50 g Natronlauge werden in wenig Wasser gelöst und dann 5 g in Wasser gelöstes Resorcin zugesetzt; der Mischung wird dann Wasser bis zu 100 g zugegossen. Setzt man nun einer formaldehydhaltigen Lösung die gleiche Menge Resorcinnatronlauge zu und kocht die Mischung, so zerfällt das Formaldehyd in Methylalkohol und Ameisensäure, welche mit dem Resorcin eine rote Verbindung bildet. Will man nun diese Verbindung im urotropinhaltigen Harn bekommen, so muss früher, nach Casper und Citron der Urin durch Tierkohle filtriert und entfärbt werden; letztere absorbiert nämlich die normalen, obige Reaktion störenden, Harnfarbstoffe. Nach Citron gelingt der Nachweis von Formaldehyd nur in sauerem Urin, wogegen im alkalischen die Rotfärbung niemals auftritt. Diese Erscheinung sucht Citron dadurch zu erklären, dafs der Zerfall von Formal-

---

[1]) Löbisch, Bericht d. wissenschaftlichen Ärzte-Gesellschaft in Innsbruck. Wien. klin. Woch. 1897, Nr. 12.

[2]) C. Casper, Über einige Eigenschaften und Indikationen des Urotropins. Deutsche med. Woch. 1897, Nr. 45.

Derselbe, Experimentelle und klinische Betrachtungen über Urotropin. Monatsbericht über die Gesamtleistungen auf d. Gebiete d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane 1898, I.

[3]) A. Citron, Über Formaldehyd im Harn nach Urotropingebrauch. Monatshefte über die Gesamtleistungen auf d. Gebiete d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane 1898, II.

[4]) J. Cohn, Therapeutische Erfahrungen über Urotropin. Berl. klin. Woch. 1897, Nr. 42.

dehyd unter Mitwirkung des saueren Natriumphosphats stattfindet, welches hauptsächlich die sauere Reaktion des Urins bedingt.

In Berücksichtigung obiger Verhältnisse habe ich meine meisten Versuche mit sauerem Urin ausgeführt, in welchem ich durch Bromwasser grofse Mengen Urotropin nachzuweisen vermochte; niemals jedoch war ich imstande, eine Rotfärbung zu erzeugen, selbst als die Dosis Urotropin verdoppelt (statt 0,5—1 gr) wurde. Dagegen war die Reaktion sehr deutlich, wenn man dem Wasser oder Urin einige Tropfen Formalin zugefügt hatte. Auf Grund dieser Untersuchungen glaube ich schliefsen zu dürfen, dafs eine Spaltung des Urotropins im Organismus zum mindesten zweifelhaft erscheint, und dafs dasselbe mit dem Urin wahrscheinlich unverändert ausgeschieden wird.

II. Über die antiseptischen Eigenschaften des Urotropins.

Soviel mir bekannt, wurden die antiseptischen Eigenschaften des Urotropins ausschliefslich von Nicolaier geprüft, da ich in der mir zugänglichen Litteratur keine sonstigen diesbezüglichen Angaben fand. Nicolaier selbst beschränkt sich auf die kurze Bemerkung, dafs der Urin von Kranken, welche täglich 3—6 g Urotropin einnahmen, bei 37° C durchsichtig blieb und die sauere Reaktion auch nach Zusatz von einigen Tropfen zersetzten Harnes beibehielt. Diese Eigenschaften des Harnes habe ich folgendermafsen geprüft.

1. Normaler Harn wurde in Kolben gesammelt, dann nach Zusatz von Urotropin im Verhältnis von 3:1000, der Kolben mit einem Wattepfropf verschlossen und der Urin in Zimmertemperatur aufbewahrt. Zur Kontrolle wurde unter denselben Verhältnissen normaler, nicht urotropinhaltiger Harn stehen gelassen. Nach 24—48 Stunden trat eine Trübung des Kontrollharnes auf, in welchem zahlreiche Bakterien nachgewiesen werden konnten. Der urotropinhaltige Harn blieb während 6—8 Tagen vollständig klar, wo dann eine starke Trübung aufzutreten pflegte, die auf lebende Mikroorganismen zurückzuführen war. Als ich den Urin nach 8 Tagen chemisch untersuchte, stellte es sich heraus, dafs

die urotropinhaltigen Proben 2 mal unter 6, die urotropinfreien dagegen 4 mal unter 6 alkalisch reagierten.

2. Es wurde sauerer Harn von Kranken mit chronischem Blasenkatarrh vor dem Gebrauche und nach 2—12 Stunden nach Gebrauch von 1—2 g Urotropin mikroskopisch untersucht und in beiden Fällen wurden stets lebende Bakterien nachgewiesen. Der in offenen Kolben aufbewahrte urotropinfreie Harn zeigte nach 12—36 Stunden ammoniakalische Gärung, der urotropinhaltige dagegen blieb 27 bis 48 Stunden sauer; die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen neben verschiedenen Bakterien zahlreiche Schimmelpilze. Der in sterilen, mit Watte verschlossenen Gefässen aufbewahrte Harn wurde im ersten Falle am frühesten nach 22, im zweiten nach 45 Stunden ammoniakalisch, wobei jedes Mal lebendige Bakterien nachgewiesen werden konnten.

3. Alkalischer urotropinhaltiger Urin von Kranken mit chronischem Blasenkatarrh ergab in sterilen Gefäfsen lebende Mikroorganismen.

4. In sterilen Reagensgläsern wurde sauerer Urin gesammelt, welcher aseptisch mittels Katheters in zwei Fällen von Bakteriurie entnommen wurde, wo die mikroskopische Untersuchung eine Reinkultur von Bacterium coli ergeben hatte. Der urotropinfreie Harn war trüb, der 8 Stunden nach Einnahme von Urotropin entnommene dagegen blieb 3—4 Tage hindurch klar. Nach 6 Tagen wurde aus beiden Proben je ein Tropfen Harn auf Agar gebracht und die Reagensgläser in Zimmertemperatur gehalten. Im ersten Teil kamen nach 4, im zweiten nach 5—6 Tagen deutliche Kolonien auf. Beide Proben behielten ihren ursprünglichen Säuregrund durch 15 Tage, eine weitere Beobachtung blieb aus.

Auf Grund obiger Beobachtungen glaube ich den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs das Urotropin keine baktericiden Wirkungen im Urin entfaltet. Es besitzt die Eigenschaft, für sehr kurze Zeit die Entwickelung der Bakterien zu hemmen. In dieser Beziehung besitzt es keinen

Vorzug vor anderen Mitteln, wie Salol, salicylsaures Natron, Borsäure etc.

III. Die therapeutische Wirkung des Urotropins.

Allen Arbeiten, welche den Heilwert des Urotropins anpreisen, kann der gemeinsame Vorwurf gemacht werden, dafs sie zu wenig Thatsachen bringen, die geeignet wären, die Schlüsse der Autoren zu bestätigen. Wir finden dortselbst vereinzelte Beobachtungen, die öfters nicht einmal eine Angabe enthalten, ob es sich um einen akuten oder chronischen Prozess gehandelt hat. Überdies ergeben sich bei Zusammenstellung dieser Arbeiten auffallende Widersprüche, welche den Glauben des Lesers an die Wirksamkeit des gepriesenen Mittels untergraben. Bemerkenswert ist der Umstand, dafs, während nach Nicolaier und Heubner[1]) ein günstiger Erfolg nur bei alkalisch oder zum mindesten neutral reagierenden Harn zu erwarten ist, andere Autoren günstige Erfolge des Urotropins hauptsächlich bei sauer reagierendem Urin beobachtet haben. Im Sinne der Untersuchungen Citrons, welcher Formaldehyd nur in sauerem Urin zu finden pflegte, sollte man meinen, dafs ein günstiger Erfolg nur von der normalen Acidität des Urins abhängig sei.

Ferner besteht keine Übereinstimmung bezüglich der Frage, ob das Urotropin alle Arten von Bakterien, oder nur einzelne davon schädigt. Cohn führt drei Fälle von gonorrhoischem Blasenkatarrh an, wo das Urotropin wirkungslos blieb, und glaubt, dafs diese Form für die Urotropinbehandlung ungeeignet sei. Dagegen gelangten Heubner, Schiller[2]) und Wilcox[3]) auf Grund eigener Beobachtungen zu entgegengesetzten Schlüssen. Auch stimmen einzelne Beobachtungen bezüglich der Wirkung des Urotropins auf die Tuberkulose der Harnblase nicht überein.

---

[1]) V. Heubner, Urotropin in der Kinderpraxis. Therapie der Gegenwart 1899, Nr. 2.

[2]) H. Schiller, Sammelreferat und einige eigene Erfahrungen über Urotropin. Deutsch. med. Woch. 1899, Nr. 9.

[3]) Reinhold W. Wilcox, Ein neues Desinficiens des Urins. The Medical News, 12. Nov. 1898 (ref. in Monatsber. über die Gesamtleistungen auf d. Gebiete d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1899, V).



Nach Cohn besitzt hier das Urotropin gar keine, nach Horwitz[1]) eine erhebliche Wirkung.

Betrachtet man die Krankengeschichten, so kann man sich ohne weiteres überzeugen, dafs die Schlüsse der Autoren den angeführten Beobachtungen keineswegs entsprechen. Nehmen wir z. B. die Wirkung des Urotropins bei Blasenkatarrh infolge von Prostatahypertrophie. Die meisten einschlägigen Beobachtungen sind von Cohn; von seinen sechs Fällen beziehen sich vier auf chronischen Blasenkatarrh; in diesen vier Fällen dauerte die Besserung nur so lange, als das Urotropin gebraucht wurde, dann kehrte der pathologische Zustand des Urins wieder. In zwei Fällen von radikaler Heilung bestand ein frischer Blasenkatarrh. Auf Grund obiger Beobachtung zögert Autor nicht, die Behauptung aufzustellen, dafs „in all diesen Fällen die günstige Wirkung des Urotropins über jeden Zweifel erhaben ist“.

Ebensowenig einwandsfrei sind die Beobachtungen desselben Autors über Blasenkatarrh „ohne bekannte Ursache“, wahrscheinlich „infolge von Erkältung“. Nach den Beschreibungen zu urteilen, bestand in 5 Fällen akuter Blasenkatarrh, indessen schreibt Autor den günstigen Erfolg in 4 Fällen dem Urotropin zu.

Meine persönlichen Beobachtungen umfassen 128 Fälle verschiedenster infektiöser Erkrankungen der Harnorgane. Diese Zahl betrifft nur diejenigen Fälle, welche ich zum mindesten zwei Monate in Beobachtung hatte; manche davon wurden $^1/_2$, ja selbst über ein Jahr verfolgt. Die betreffenden Kranken nahmen 0,5—1,0 g Urotropin pro dosi, dreimal täglich in Pulverform ein. Aufserdem wurde gewöhnlich Milchdiät, Voll- oder Sitzbäder, und zuweilen gegen Schmerzen Morphinsuppositorien verordnet. Lokale Behandlung wurde nur im Notfalle angewendet. In allen Fällen wurde das Urotropin vorzüglich vertragen; in einigen traten nach längerem Gebrauch des Mittels Schmerzen in der Nierengegend oder Durchfall auf, doch liefsen diese Erscheinungen nach Weglassen des Urotropins

---

[1]) Horwitz, Über die Anwendung d. Urotropins bei Tuberkulose der Harnblase. Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases, Dec. 1898 (ref. in Monatsberichte etc. 1899, V).

sofort nach. Eine gesteigerte Urinsekretion konnte ich kaum einige Male konstatieren. In allen Fällen wurde von Zeit zu Zeit der Harn zwecks Kontrolle mittels Bromwasser geprüft.

Meine Beobachtungen umfassen 29 Fälle von akuter und chronischer gonorrhoischer Urethritis, wobei mikroskopisch Gonokokken nachgewiesen wurden (hauptsächlich bei Männern), 59 Fälle von chronischem Blasenkatarrh, teils spontan entstanden (vorzugsweise bei Weibern), teils als Folge von Tripper, Prostatahypertrophie, Harnröhrenstriktur, Blasenstein; dann 12 Fälle von chronischer, teils mit Blasenkatarrh komplizierter Pyelitis, 15 Fälle von Tuberkulose der Blase (12) und Nieren (3) — hauptsächlich bei Weibern, ferner 5 Fälle von Bakteriurie und 8 von Phosphaturie, teils spontan, teils infolge von Prostatitis chronica entstanden. In den meisten Fällen reagierte der Harn sauer, nur in $^1/_5$ der Fälle war die Reaktion alkalisch. Die in den meisten Fällen ausgeführte bakteriologische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Strepto- und Staphylokokken, Bacterium coli und Bacil. tuberculosus. Diese Mikroorganismen traten teils in Reinkulturen, teils mit verschiedenen nicht näher bestimmten Mikroben auf. Die Krankheit bestand seit mehreren Wochen bis Jahren und ist schon mit verschiedenen inneren Mitteln behandelt worden.

Eine nähere Beschreibung meiner Fälle, welche wenig klinisches Interesse bietet, halte ich für überflüssig, und will mich daher auf eine allgemeine Mitteilung der Resultate einer längeren Urotropinbehandlung beschränken. Ausführlicher möchte ich nur einige Fälle beschreiben, welche meines Erachtens zur Lösung der Frage, nach der Wirkung des Urotropins bei Infektionskrankheiten der Harnorgane beitragen können.

Bei akuter und chronischer Gonorrhoe übt das Urotropin keinen Einfluſs auf die Dauer der Krankheit und das rasche Verschwinden der Gonokokken aus. Bei diesem Leiden besteht nicht der geringste Unterschied zwischen dem Verlauf der mit Urotropin behandelten und der ohne Antisepticis behandelten Fälle. Ich verfüge über Beobachtungen, wo ich wochen- und monatelang Urotropin angewendet habe, und das Sekret stets gonokokkenhaltig blieb. Erst unter dem Einfluſs einer

Lokaltherapie trat in den meisten Fällen Besserung und häufig gänzliche Heilung auf.

Ebensowenig wirksam erweist sich das Urotropin gegen chronischen Blasenkatarrh, gleichviel, ob derselbe spontan oder infolge obenerwähnter Krankheiten aufgetreten ist. Alle Bemühungen, chron. Blasenkatarrhen mit sauer reagierendem Harn beizukommen, blieben erfolglos. Trotzdem die Kranken stets grofse Dosen Urotropin einnehmen, besteht das Leiden wochen- und monatelang unverändert. Was die Wirkung des Urotropins bei Blasenkatarrh mit zersetztem, alkalischem Harn betrifft, so bestand die einzige öfter von mir wahrgenommene Veränderung darin, dafs der alkalische Harn unter dem Einflufs des Urotropins sauer wurde. Diese Veränderung tritt zuweilen so rasch auf, dafs der seit langer Zeit alkalische Urin schon nach Verlauf von wenigen Tagen sauere Reaktion zeigt. Dies beeinflufst jedoch keineswegs den Krankheitsverlauf; sobald nämlich das Mittel fortgelassen wird, kehrt die ursprüngliche, alkalische Reaktion sofort zurück. In dieser Beziehung gleicht das Urotropin den übrigen sog. antiseptischen Mitteln. Eine dauernde Besserung, geschweige denn radikale Heilung konnte ich ausschliefslich mit Urotropin kein einziges Mal erzielen. Dagegen habe ich vielfach beides herbeiführen können durch Lokalbehandlung mit Borsäure und salpetersaurem Silber.

In manchen Fällen erlaubte es der Zustand des Kranken nicht, die Lokalbehandlung aufzuschieben; dieselbe wurde dann mit Urotropin kombiniert. Dass jedoch der günstige Erfolg ausschliefslich auf direkt in die Blase gebrachte Mittel zurückzuführen war, das beweisen folgende Beobachtungen.

Am 17. Januar 1898 wurde ich zu einem 60jährigen Herrn S. gerufen, welcher sich vor einem Jahre einer Steinzertrümmerung unterzogen hatte. Trotz der Operation bestanden die Urinbeschwerden fort, und zwar häufiger und schmerzhafter Tenesmus, und Schmerzen gegen Ende des Urinierens. Der Harn war beständig trüb. In der letzten Zeit steigerten sich die Beschwerden dermafsen, dafs Pat. Tag und Nacht alle 15--20 Minuten mit grofsen Schmerzen urinieren mufste. Die Rektaluntersuchung ergab mäfsige Vergröfserung der Prostata. In der Blase wurde kein Fremdkörper gefunden. Die Quantität des Residualharnes

betrug etwa 150—200 ccm. Der Urin stark getrübt, reagiert sauer, enthält deutliche Spuren Eiweifs, im Sediment viel Eiter und spärliche rote Blutkörperchen. Pat. sehr gut genährt, Temperatur normal, Puls 72. Die Nierengegenden gegen Druck schmerzlos, die Nieren nicht palpabel.

Ausser beruhigenden Mitteln und Bädern werden 3 g Urotropin täglich verordnet, ferner die Harnblase mit Borsäure und Lapis (1:300) anfangs 2 mal, dann einmal täglich ausgespült. Nach einigen Tagen liefsen die Erscheinungen bedeutend nach, die Urinentleerung wurde seltener, die Beschaffenheit des Urins wurde von Tag zu Tag besser, und nach sechs Wochen liefs der Zustand der Blase nicht viel zu wünschen übrig. Der Urin wurde alle 3 Stunden gelassen, war fast vollständig klar, die Schmerzen schwanden gänzlich. Unter diesen Umständen glaubte ich die lokale Behandlung unterbrechen zu können, verordnete dagegen den weiteren Gebrauch von 1,5 g Urotropin täglich in der Meinung, dafs ich auf diese Weise eine vollständige Klarheit des Urins erzielen würde. Nach Verlauf von 5 Tagen wurde ich jedoch abermals gerufen und fand denselben Zustand wie früher vor. Diesmal stellte ich das Urotropin weg, verordnete beruhigende Mittel und eine Lokalbehandlung. Unter dem Einflusse von Spülungen besserte sich der Zustand der Blase wieder. Da ich jedoch ein Recidiv befürchtete, verordnete ich dem Kranken dauernde Blasenspülungen, welche bis jetzt fortgesetzt werden.

Fast ganz analogisch ist der zweite von mir gleichfalls im Jahre 1898 beobachtete Fall. Nach einer Lithotrypsie liefs Pat. etwa halbstündlich unter Schmerzen trüben Urin. Als er mich 8 Wochen nach der Operation konsultierte, verordnete ich gleichzeitig Urotropin (1,5 g pro die) und Blasenspülungen mit Lapislösung (1:3000.) Nach 44 Tagen besserte sich der Zustand des Urins bedeutend, und ich unterbrach die Lokalbehandlung, ohne das Urotropin wegzustellen. Es vergingen kaum einige Tage, als sich die alten Beschwerden wiedereinstellten. Nach zweiwöchentlicher ausschliefslicher Lokaltherapie trat eine bis jetzt anhaltende Besserung auf.

Gegen chronische Pyelitis mit oder ohne chronischen Blasenkatarrh habe ich das Urotropin in 12 Fällen angewendet. Der Entzündungsprozefs trat hauptsächlich teils spontan, teils

als Folge von Gonorrhoe auf. Von anderen Ursachen der Pyelitis gelangten zur Beobachtung: einmal eine hochgradige Phimose bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde, ein Fall von Verstopfung des rechten Harnleiters durch eine Cyste an seiner Blasenmündung, einmal war die Pyelitis eine aus der Blase ascendierende und entstand nach einer äusseren Urethrotomie zwecks Beseitigung von Harnröhrensteinen, in einem Falle entwickelte sich die Pyelitis und Cystitis im Puerperium. In allen diesen Fällen wurde Urotropin und reichliche Mengen von Flüssigkeiten verordnet. Zuweilen schien es, als ob die Eitermenge im Urin geringer geworden wäre; dieser Zustand dauerte jedoch nur so lange an, als die Kranken grofse Quantitäten Wassers zu sich nahmen. Offenbar war demnach die Besserung nur scheinbar und von der künstlich gesteigerten Harnmenge abhängig.

Bemerkenswert ist der obenerwähnte Fall von puerperaler Pyelitis und Cystitis, welche etwa 10 Jahre gedauert hatte. Monatelanger Gebrauch von Urotropin blieb ohne Einflufs auf das Leiden. Erst Blasenspülungen mit salpetersaurem Silber (1:2000—1000) milderten die Erscheinungen bedeutend, denn während Patientin vor Beginn der Lokaltherapie alle $^1/_2$ oder 1 Stunde urinieren mufste, vermochte sie mehrere Wochen später 3—5 Stunden den Urin zu halten. Dagegen verschlechterte sich der Zustand des rechten Nierenbeckens beständig so, dafs es schliefslich zu einer Pyonephrose kam. Der Urin blieb unverändert. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben Eiter und spärlichen roten Blutkörperchen Reinkulturen von einer gewissen Art Diplococcus, welcher dem Gonococcus sehr ähnlich war, sich jedoch mittels Gramscher Methode nicht entfärben liefs.

Koll. Anders, welcher des öfteren mit Pyelitis bei Kindern zu thun hat, teilte mir einen Fall mit, wo das Urotropin seines Erachtens schnelle und dauernde Heilung herbeigeführt hat. Die Pyelitis dauerte bereits mehrere Wochen und schien sehr hartnäckig zu sein. Salol, salicylsaures Natron und andere ähnliche Mittel wurden erfolglos angewendet. Unter dem Einflusse des Urotropins begann der Harn sich zu klären und kehrte binnen kurzer Zeit zur Norm zurück. In diesem, einen 8jährigen Knaben betreffenden Falle, wurde im Urin Micrococcus tetragenes

gefunden. Ob der Erfolg hier wirklich dem Urotropin zuzuschreiben ist, ist schwer zu entscheiden; es mufs jedoch bemerkt werden, dafs, wie Koll. Anders versichert, dies der einzige durch Urotropin behandelte Fall ist, in dem er Heilung beobachtet hätte.

Es wäre überflüssig, auf den Einflufs des Urotropins auf den Verlauf der Blasen- oder -Nierentuberkulose näher einzugehen. Ich will nur bemerken, dafs in den 15 Fällen, in welchen ich Urotropin angewendet habe, dasselbe nicht die geringste Linderung der Leiden, denen die unglücklichen Patienten ausgesetzt sind, gebracht hat.

Von den 5 Fällen von Bakteriurie, wo ich das Urotropin versucht hatte, enthielt der Urin dreimal Reinkulturen von Bact. coli, zweimal Streptokokken, sowie andere näher nicht klassifizierte Mikroorganismen. Das Leiden bestand seit einigen Monaten bis zwei Jahren. In allen diesen Fällen gebrauchten die Patienten das Urotropin monatelang absolut ohne dauernden Erfolg. Der Einflufs des Urotropins tritt hier nur während der Behandlung zu Tage und ist ebenso merkwürdig, als kurzdauernd. Schon nach 12—24 Stunden nach Gebrauch von 0,5 g Urotropin wird der ursprünglich trübe und von Bakterien wimmelnde Urin fast vollständig klar. Diese Besserung ist indessen trügerisch, denn sobald das Urotropin weggestellt wird, kehrt der frühere Zustand zurück.

Folgende Krankengeschichte wird es dem Leser ermöglichen, sich eine präzise Meinung über die Wirkung des Urotropins in diesem ungewöhnlich hartnäckigen Leiden zu bilden.

Herr X, Arzt, 34 Jahre alt, konsultierte mich anfangs Dezember 1898 und gab folgendes an. Im August desselben Jahres wollte Pat. die spärlichen Fäden im Urin, welche nach einer alten Gonorrhoe geblieben waren, los werden und injizierte in seine Harnröhre mittels einer gewöhnlichen Tripperspritze eine schwache Lösung von Kaliumhypermanganat. Elf Stunden darauf trat Schüttelfrost und Fieber bis 40° C auf, welches 4 Tage gedauert hatte. Am 5. Tag fiel die Temperatur zur Norm herunter, Pat. bemerkte jedoch, dafs der bis dahin klare Harn eine bedeutende Trübung zeigte. Ein Arzt verordnete Instillationen von Lapislösung in den hinteren Abschnitt der Urethra und innerlich Salol. Unter dieser Behandlung verschwand die Trübung am 4. bis 5. Tag vollständig und Pat. hielt sich für geheilt. Nachdem das Salol weggelassen wurde, kehrte am 5. Tage der alte Zustand, trotz fortgesetzter Lokalbehandlung, zurück. Dieser Wechsel dauerte drei Monate

lang, während welcher Pat. aufser Salol, salicylsaures und benzolsaures Natron gebrauchte: die Durchsichtigkeit des Urins war stets von dem Gebrauch obiger Mittel abhängig. Als Pat. mich konsultierte, war der Urin ungewöhnlich trüb, sauer reagierend; die mikroskopische Untersuchung ergab ausschliefslich Bacterium coli. Überdies enthielt die erste Portion Harnröhrenfäden. Die Trübung pflegte stets aufzutreten, wenn der Urin etwa 3 Stunden nicht gelassen wurde; sobald Pat. öfters, z. B. jede Stunde, oder selbst alle 2 Stunden urinierte, war der Harn fast durchsichtig; führte man nach Abgabe eines trüben Urins einen Katheter in die Blase, so förderte man ganz klaren Urin zu Tage. Von subjektiven Symptomen ist nur gesteigerter Harndrang und zwar alle 3—3½ Stunden erwähnenswert.

Nachdem ich auf Grund obiger Thatsachen eine Bakteriurie diagnostiziert hatte, deren Sitz die Blase war, wollte ich in diesem Falle das Urotropin erproben. Richtig wurde 7—8 Stunden nach der ersten 0,5 g betragenden Dosis Urotropin der Harn fast normal und blieb es, solange das Medikament fortgesetzt wurde. Nach kaum 20 Stunden nach Fortlassen des Urotropins wimmelte es im Urin von Bakterien. Als ich nach Verlauf eines Monats keine Besserung wahrzunehmen vermochte, begann ich anfangs Januar 1899 neben dem Urotropin mit täglichen Spülungen der Blase mit 1:1000—2000 Lapislösung; da jedoch auch diese Behandlung ohne Erfolg war, versuchte ich es mit täglichen Instillationen von 0,5—1% Lapislösung in die Blase. Erst diese Therapie brachte eine nennenswerte Besserung, der Urin enthält aber bis jetzt noch eine beträchtliche Menge Bakterien.

Die Reihe der Erkrankungen, gegen welche von mir das Urotropin angewendet wurde, beschliefst die Phosphaturie. Strenge genommen ist das eher ein allgemeines Leiden, welches entweder selbständig, oder im Verlauf chronischer Prozesse im hinteren Teil der Harnröhre und in der Prostata auftritt. Zur Anwendung des Urotropins ermutigte mich die von Casper binnen kurzer Zeit (8 Tage) erzielte Heilung eines schweren Falles von Phosphaturie. Ich verordnete das Mittel nur in schweren Fällen von Phosphaturie, wo der Harn reichlich Phosphate enthielt. Solcher Fälle beobachtete ich acht. Trotzdem den betreffenden Patienten lange Zeit hindurch enorme Mengen Urotropin einverleibt wurden, konnte ich kein einziges Mal dauernde Heilung erzielen. Zwar besserte sich zuweilen im

Beginn der Behandlung die Beschaffenheit des Urins, die Reaktion wurde manchmal sauer, und die Patienten fühlten sich subjektiv etwas besser. Doch bald liefs die Wirkung des Urotropins nach, und schliefslich kehrte der ursprüngliche Zustand zurück. Ganz analog ist die Wirkung der Borsäure, des Salols und a. ä. Mittel.

Auf Grund meiner Erfahrungen glaube ich den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs die verbreitete Ansicht über den günstigen Einflufs des Urotropins bei infektiösen Prozessen in den Harnorganen falsch ist. Dasselbe hat keinen Vorzug vor den bisher angewendeten sog. antiseptischen Mitteln und erweist sich, gleich ihnen, als vollkommen nutzlos dort, wo es sich um chronische Prozesse handelt.

(Aus der XI. b. ärztlichen Filialabteilung des St. Rochus-Spitales in Budapest, Doz. Dr. Ludwig Török.)

Über die relative Insufficienz der Sphinkteren infolge von Gonorrhoe.

Von

Dr. **Julius Kiss.**

Man findet sowohl bei älteren, als bei neueren Autoren oft die Meinung ausgesprochen, dafs die mittelst einer gewöhnlichen Tripperspritze in die Harnröhre injizierte Flüssigkeit weder weiter nach hinten dringe als bis zum M. Compressor part. membr., noch in die Pars membranacea und prostatica gelange. Es äussern sich in diesem Sinne u. a. Fürbringer, Posner, Finger. Dasselbe hat Feleki bei seinen diesbezüglich angestellten Versuchen[1]) konstatiert.

Diese Ansicht basiert allenfalls auf Erfahrungen bei solchen Fällen, wo die Flüssigkeit in der That nicht in die Pars posterior urethrae gelangt. Es wäre aber ein Irrtum, diesen Ergebnissen eine allgemeine Gültigkeit zuzuschreiben. Es kommen nämlich Fälle vor, insbesondere bei der Gonorrhoe, in denen, wie wir später nachweisen werden, ein Teil der Flüssigkeit die Sphinkteren passiert, und zwar bei mäfsigem Drucke und mäfsiger Füllung der Urethra anterior. Die Sphinkteren sind also in diesen Fällen mäfsigem Drucke gegenüber insufficient.

Dennoch war bisher von einer relativen Insufficienz dieser Muskeln kaum die Rede, wenn auch Methoden in der Behandlung der Gonorrhoe auftauchten, welche eine solche Insufficienz voraussetzten. So ist es eine in Frankreich seit jeher empfohlene

[1]) Orvosi Hetilap 1891 und Cbl. f. Physiolog. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg. 1891.

Methode, die injizierte Flüssigkeit durch Druck in die Pars posterior zu drängen. Guiard giebt behufs Behandlung der ganzen Länge der Harnröhre dem Kranken eine 25 ccm fassende Spritze in die Hand. Eine solche Behandlung ist aber nur dann gut ausführbar, wenn der Sphinkter der Harnröhre (Kompressor) seine normale Widerstandsfähigkeit nicht besitzt.

Das Vorhalten des Sphinkters ist in den verschiedenen Tripperfällen verschieden. Diese Verschiedenheit ist schon bei der Behandlung des Trippers mittelst totaler Harnröhrenspülungen beobachtet worden. Es giebt Fälle, in denen die Spülflüssigkeit sogleich beim ersten Versuch durch die Pars posterior hindurch in die Blase gelangt; — sogar gegen unseren Willen. Andererseits müssen wir dagegen alle bekannten Hilfsmittel — Entleeren der Harnblase, Kokainisieren der Harnröhre, psychische Einwirkung auf den Patienten — in Anspruch nehmen, ohne momentan Erfolg zu erzielen. Es wird von Janet oft wiederholt, daſs solche Abweichungen von individuellen Verschiedenheiten herrühren. Jedoch ist es die relative Insufficienz des Sphinkters, die hier eine Hauptrolle spielt.

Von seiten mancher Patienten wurde beobachtet, daſs die mittelst der Spritze in die Harnröhre hineingebrachte Flüssigkeit zum Teile nicht wieder abflösse. Fachleute widersprachen — wie schon erwähnt — der Möglichkeit dieses Zufalles aufs entschiedenste, wenn auch das Eindringen in die Blase bei Irrigation resp. Injektion mit groſser Menge Flüssigkeiten nicht geleugnet wurde. Hölder[1]) schon fand z. B., daſs zum Eindringen in die Pars posterior mehr als 17,5 ccm Flüssigkeit gebraucht werden müssen. Neuerdings wird nur erwähnt, daſs die Widerstandsfähigkeit des Sphinkters in manchen Fällen geringer — der Muskel sehr „schlaff“ — sei.

Daſs dieser Zustand durch die Gonorrhoe selbst erzeugt werden könne, war allenfalls schon bisher mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Von Goldberg[2]) wird erwähnt und angenommen, daſs der Sphinkter unter Umständen „ermüden“ und „erschlaffen“ könne. Es kann dies nicht der richtige Ausdruck für diese Erscheinung sein. Die Flüssigkeit dringt nämlich in den

---

[1]) Lehrb. d. vener. Krankh. 1854.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1899.

betreffenden Fällen unmittelbar bei dem Einspritzen oder wenige Sekunden nach demselben in die Pars posterior hinein. Es bleibt dann in der Urethra anterior nicht mehr als 4—6 ccm Flüssigkeit zurück, jene Menge, die von Jamin und Leprévost als Kapazität der Urethra anterior bei Leichen gefunden wurde, wo kein Widerstand von seiten des Schliefsmuskels vorhanden sein kann. Dies kann nur geschehen, wenn die Muskelkraft der Sphinkteren auch mäfsigem Drucke gegenüber ungenügend, der Muskel relativ insufficient ist. Schon Neebe[1]) gebrauchte den Ausdruck der Insufficenz.

Nach meiner Meinung ist es also die relative Insufficienz der Sphinkteren, von welcher bei Tripperfällen die erwähnten scheinbaren Unregelmässigkeiten abhängen. Diese Insufficienz kann als Ausdruck der „Functio laesa" betrachtet werden, sie wird durch den — entweder sehr intensiven oder bereits längere Zeit bestehenden — Entzündungsprozefs erzeugt, der seinen Sitz in den hinteren Teilen der Urethra hat.

Bevor ich diese Auffassung experimentell zu beweisen versuche, möchte ich erörtern, warum die relative Insufficienz des Sphinkters als solche auch bei den in neuerer Zeit verbreiteten Methoden der Harnröhrenirrigationen unerkannt blieb. Die relative Insufficienz erleichtert in hohem Grade das Eindringen der Flüssigkeit in die Blase. Doch war dies weniger auffallend, weil auch andere Ursachen dieses Eindringen erleichtern. In erster Reihe spielt in dieser Beziehung die Übung eine grofse Rolle. Der M. Sphincter ext. und Kompressor sind der Willkür untergeordnete Muskeln, können also willkürlich erschlafft werden. Solange der reflektorische, durch den ungewöhnlichen Eingriff verursachte Krampf der Schliefsmuskeln nicht nachgiebt, im Gegenteil durch Angst vermehrt wird, kann der Versuch, Flüssigkeit in die Harnblase hineinzuspritzen, wegen Unnachgiebigkeit des Schliefsmuskels sogar gefährlich werden. Sobald aber das Individuum die Reflexe zu überwinden gelernt hat, gelangt die Flüssigkeit auch bei normalem Sphinkter in die Blase. Auch das Kokainisieren der Harnröhrenschleimhaut und das Entleeren der Harnblase vermögen die Reflexe herabzusetzen, aufserdem

[1]) Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 29.

wird als Spülflüssigkeit zu demselben Zwecke eine körperwarme, nicht reizende Flüssigkeit anzuwenden sein.

Wenn die totalen Harnröhrenirrigationen regelmäfsig geübt werden, erfolgt das Hineindringen der Flüssigkeit leichter. Es ist dies nicht blofs in der gröfseren Geübtheit des Patienten begründet. Die durch die Flüssigkeit ausgeübte gewaltsame Dehnung verursacht, wie es scheint, eine Art Parese des Sphinkters. Dieser paretische Zustand dauert oft einige Stunden nach jeder Irrigation an; es zeigt sich während dieser Zeit öfterer Harndrang, welchen der Pat. rasch befriedigen mufs; manchmal besteht eine ausgesprochene Inkontinenz. Eine Verminderung der Muskelkraft des Sphinkters bleibt in einigen Fällen für längere Zeit zurück und verschwindet sogar erst lange nach Sistieren der Behandlung.

Infolge aller dieser Umstände war es nicht besonders auffallend, dafs durch den Entzündungsprozefs an sich die relative Insufficienz des Sphinkters hervorgerufen wurde.

Es können die Verschiedenheiten im Verhalten des Spinkters bei gesunder und kranker Harnröhre mit Hilfe ganz einfacher experimenteller Versuche beobachtet werden. Man füllt nämlich bei Gonorrhoe die Urethra anterior, indem man mäfsigen Druck anwendet und bemerkt in manchen Fällen eine Verminderung der injizierten Flüssigkeitsmenge. Um aber die Harnröhre unter mässigem Drucke füllen zu können, sollte in jedem Falle die „Kapazität" derselben bekannt sein.

Als Kapazität der Harnröhre wird der maximale Füllungszustand der Urethra anterior angenommen. Zur Betimmung der Kapazität mufs die normale Widerstandsfähigkeit des Sphinkters vorausgesetzt werden. Wenn aber derselbe insufficient ist, dringt die Flüssigkeit leicht in die Blase und es bleibt weniger in der Urethra anterior als unter normalen Verhältnissen. Die bestimmbare Kapazität der Urethra war hier darum nur der Ausgangspunkt unserer diesbezügl. Versuche.

Die Frage der Harnröhrenkapazität schien eine praktische Bedeutung zu haben, sie war darum schon bisher Gegenstand von genaueren Untersuchungen. Guiard[1]) fand, dass die Kapa-

[1]) Ann. d. org. gén.-urin. 1894.

zität der Harnröhre in der Regel zwischen 12—15 ccm schwankt. Dreysel[1]) untersuchte die Harnröhre von 50 gesunden Individuen. Dabei konstatierte er ein Abhängigkeitsverhältnis der Kapazität vom angewandten Druck. Er fand im Durchschnitt bei einer Irrigatorhöhe

von	80	cm	eine Kapazität	von	7.80	ccm
„	130	„	„ „	„	10.65	„
„	200	„	„ „	„	12.90	„

Mit einer Spritze wurde eine mittlere Kapazität von 11.80 ccm gefunden.

Loeb[2]) befasste sich mit der Bestimmung der Kapazität bei kranken Harnröhren, untersuchte 50 zum Teile subakute, zum Teile chronische — und nur ausnahmsweise akute — Fälle, er fand eine durchschnittliche Kapazität von 10.31 ccm bei 110 cm Irrigatorhöhe.

Die Abhängigkeit der Kapazität von dem Drucke lässt sich leicht konstatieren. So fand ich z. B. in drei verschiedenen Fällen

	50 cm	100 cm	150 cm
bei einer Niveauhöhe von	50 cm	100 cm	150 cm
eine Kapazität von			
im ersten Falle	3.5 ccm	5.0 ccm	7.5 ccm
„ zweiten „	6.0 „	9.5 „	11.0 „
„ dritten „	7.0 „	12.0 „	13.0 „

Ich gewann aber bei der Untersuchung der Kapazität zunächst die Überzeugung, dafs eine gröfsere Genauigkeit bei solchen Bestimmungen nicht zu erzielen sei, weshalb ich auch die Mafse nur in ganzen und halben Zahlen aufgezeichnet habe. Fehlerquellen entstehen schon aus der jeweiligen Beschaffenheit des Penis.

Es ist nämlich auffallend, dafs bei der ersten Messung eine geringere, bei den folgenden aber eine immer gröfsere Kapazität gefunden wird. Es finden sich Unterschiede von 3—7 ccm bei nacheinander folgenden Messungen.

Ich beobachtete kleinere Kapazität bei kleinem zurückgezogenen Penis. Erschlafft der Penis während der Untersuchung, und wird er länger, so ist auch die Kapazität gröfser. Der

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 34.
[2]) Münch. med. Wochenschr. 1899.

Tonus der glatten Muskelfasern der Corpora cavernosa verhindert, wie es scheint, anfangs die Ausdehnung der Harnröhre und zwar hauptsächlich in die Länge.

Ebenfalls verhindert Muskelwirkung aufserdem im Bulbus die Ausdehnung im Querdurchmesser. Es ist dies die Wirkung der Mm. bulbo- et ischio-cavernosi. Durch den mechanischen Reiz der Einspritzung werden diese Muskeln reflektorisch erregt. Dafs auch thermische und chemische Reize, wie Vajda[1]) behauptet, hierzu beitragen, kann zwar theoretisch nicht in Abrede gestellt werden, wurde mir aber aus meinen Untersuchungen nicht klar. Hingegen beobachtete ich regelmäfsig, dafs die Flüssigkeit besonders energisch hinausgeworfen wird, sobald der Druck Schmerz auslöste, eine Wirkung der durch den mechanischen Reiz angeregten reflektorischen Kontraktion genannter Muskeln. Dieselben befinden sich in mäfsiger Kontraktion, solange die Harnröhre durch die Flüssigkeit ausgedehnt wird. Läfst also der Tonus der glatten Muskelfasern nach, so kommen Verschiedenheiten hauptsächlich durch die Zusammenziehungen der Mm. bulbo- et ischio-cavernosi zu stande. Ich leite die Verschiedenheit der Kapazitäten bei verschiedener Irrigatorhöhe der Hauptsache nach davon ab, dafs der gröfsere Druck diesen Muskelkontraktionen stärker entgegenwirkt. Übrigens sind diese Zusammenziehungen nicht gleichmäfsig, zuweilen erfolgen starke, schmerzhafte Zuckungen, welche zum Eindringen der Flüssigkeit in die hintere Harnröhre beitragen. Dreysels Beobachtung, man könne eine kleinere Kapazität mit einer 30 ccm fassenden Spritze finden, als sie durch hohe Irrigatorstellung erzielt wird, möchte ich aus dem ganz gleichmäfsigen Druck erklären, der bei dem Versuch mit dem Irrigator ausgeübt wird, infolgedessen er mechanisch weniger reizt, und aus diesem Grunde eine stärkere Dehnung der Muskeln ermöglicht.

Die Möglichkeit, die erwähnten Umstände könnten als Fehlerquellen eine Rolle spielen, habe ich bei meiner Untersuchung mit in Betracht gezogen, deshalb wählte ich die Kapazität der Harnröhre zum Ausgangspunkte und verfuhr zur Bestimmung des Verhaltens des Sphinkters im gesunden und kranken Zustande auf folgende Weise:

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1897.

Die Harnröhre wurde in allen Fällen bei 150 cm Irrigatorhöhe mit Kalium hypermanganicumlösung gefüllt. Der Versuch fand statt bei nicht entleerter Harnblase mit der Aufforderung, keine Harnentleerung herbeiführen zu wollen. Sobald ich annehmen konnte, die Spannung in der Harnröhre habe das Maximum erreicht oder die Flüssigkeit beginne in die Blase hineinzufliefsen, liefs ich die Flüssigkeit aus der Harnröhre abfliefsen und bestimmte das Quantum. Das Verfahren wurde einige mal wiederholt und der gröfste Zahlenwert aufgezeichnet.

Jetzt versuchte ich eine der so bestimmten Kapazität entsprechenden Menge Flüssigkeit — jedoch womöglich 10 ccm —, zu injizieren, liefs die Flüssigkeit sogleich abfliefsen und bestimmte die Menge derselben. Eine der herausgeflossenen gleiche Menge injizierte ich nun wieder, doch liefs ich dieselbe jetzt 3 Minuten in der Harnröhre. Nach dieser Zeit wurde die Flüssigkeit wieder aufgefangen und ihre Menge bestimmt.

Ich fand bei den Tripperkranken, die bei der Aufnahme in das Spital ohne Unterschied untersucht wurden, folgendes:

Tabelle I.

	Alter der Infektion und Charakter der Entzündung	Bei 150 cm Irrigatorhöhe		Es wurden eingespritzt	Es entleeren sich unmittelbar	Es entleeren sich nach 3 Min.
		gefundene Harnröhrenkapazität ccm	Die Flüssigkeit fliefst in die Harnblase	ccm	ccm	ccm
I	6 Wochen, subakut	9.5	—	10	9.5	9.5
II	1 Woche, perakut	10	—	„	10	9.5
III	3 Wochen, subakut	12	—	„	10	10
IV	10 „ akut	6	+	„	5.5	5.5
V	3 „ „	6	+	„	5.5	4
VI	8 „ subakut	10	—	„	10	7.
VII	5 „ „	4.5	+	„	4	4
VIII	2 „ akut	8	+	„	8	6
XI	2 „ „	9	+	„	9	6
X	4 „ subakut	10	—	„	10	6
XI	3 Monate, chronisch	7	+	„	7	5
XII	8 „ „	10	—	„	10	9.5
XIII	8 „ „	7	—	9	9	9
XIV	3 Wochen, akut	5	+	10	5	5

	Alter der Infektion und Charakter der Entzündung		Bei 150 cm Irrigatorhöhe		Es wurden eingespritzt	Es entleeren sich unmittelbar	Es entleeren sich nach 3 Min.
			gefundene Harnröhrenkapazität	Die Flüssigkeit fliefst in die Harnblase			
			ccm		ccm	ccm	ccm
XV	5 „	subakut	7.5	—	9	9	9
XVI	7 „	„	7	—	10	8	7
XVII	5 „	„	9	+	„	8	6
XVIII	7 „	„	6	—	„	10	10
XIX	8 „	„	6.5	+	„	6.5	6.5
XX	4 „	„	15	—	15	15	15

+ bedeutet positiven, — negativen Befund.

Die Untersuchung der Kranken, die bei ihrer Aufnahme keine Erkrankungen des uropoët. Systems boten, ergab folgendes:

Die Harnröhrenkapazität bei 150 cm Irrigatorhöhe:

Tabelle II.

Fall:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
ccm	7.5	9	18	11	13	10	13	8	12	15.5

Fall:	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
ccm	9.5	8	9	8	14.5	14	11	10	13	11.5

In keinem einzigen Falle flofs die Flüssigkeit bei dem blofs einmal vorgenommenen Versuch in die Blase. Im achten Falle gelang es, mit der Tripperspritze nur 8 ccm, in allen übrigen Fällen wenigstens 10 ccm zu injizieren.

Die mit der gewöhnlichen Spritze in einer der Kapazität entsprechenden Menge injizierte Flüssigkeit, — unmittelbar oder nach 3 Minuten entleert — ist nicht bemerkbar weniger geworden.

Alle untersuchten Fälle betrafen Männer zwischen 20—40 Jahren; nur der Fall XI der 2. Tabelle ein 16jähriges Individuum.

Die durchschnittliche Kapazität der kranken und gesunden Harnröhren verhält sich also bei 150 cm Irrigatorhöhe zu einander wie 8.3:11.25.

Bei gesunden flofs die Flüssigkeit kein einziges Mal in die Blase; bei den Tripperkranken geschah dies 9mal unter den

20 Fällen. In allen diesen 9 Fällen flofs die Flüssigkeit auch dann in die Blase, wenn es versucht wurde, die Harnröhre mit 10 ccm Flüssigkeit zu füllen. Unmittelbar nach der Einspritzung entleerten sich 4—9 ccm, nach drei Minuten aber nie mehr als 4—6.5 ccm Flüssigkeit.

Bei weiteren drei Gonorrhoikern drang bei dem Irrigatorversuch die Flüssigkeit in die Harnblase nicht ein; füllte man aber die Harnröhre der bestimmten Kapazität entsprechend, so flofs nach 3 Minuten nicht mehr als 6—7 ccm Flüssigkeit ab.

In acht Fällen fanden sich dem Normalen entsprechende Verhältnisse. Die Entzündungserscheinungen waren bei diesen weniger ausgesprochen und in Heilung begriffen, mit Ausnahme des 2. Falles, bei dem der Prozefs erst seit einer Woche bestand.

Es ist nun klar, dafs die injizierte Flüssigkeit bei Tripperkranken oft schon unter mäfsiger Spannung den Widerstand des Sphinkters überwindet. Der Schliefsmuskel ist oft in Vergleich mit normalen Verhältnissen insufficient.

Diese relative Insufficienz wird durch den Entzündungsprozefs selbst bedingt, die weitere Beobachtung der Fälle während des Heilungsprozesses macht dies ersichtlich. In vier, längere Zeit unter Beobachtung stehenden Fällen, kamen folgende Unterschiede zu stande:

Der Fall aus der Tabelle I.	Zeitraum der Beobachtung	Kapazität bei 15 ccm Irrigatorhöhe		Aus der Harnröhre nach 3 Min. entleerte Flüssigkeitsmenge	
		Zu Beginn ccm	Zu Ende ccm	Zu Beginn ccm	Zu Ende ccm
IV	81 Tage	6	12	5.5	12
V	22 „	6	10	4	10
VIII	38 „	8	14	7	12
IX	60 „	9	11.5	6	11.5

Aus den Erfahrungen, die ich bei Behandlung Gonorrhoischer gewann, wobei ich genauere Untersuchungen nicht anstellte, möchte ich das Dargelegte dahin ergänzen, dafs es sehr viele Fälle von Urethritis posterior ohne Insufficienz des Sphinkters giebt. Die kleine Statistik soll für die Häufigkeit des Vorkommens nicht mafsgebend sein. Es lag mir nur daran, auf das

Vorkommen der relativen Insufficienz der Sphinkteren bei Gonorrhoe hinzuweisen und diese Erscheinung mit richtigem Namen zu benennen. Ein „schlaffer“ Schliefsmuskel kommt unter normalen Verhältnissen gar nicht vor.

Das Vorhandensein der Insufficienz der Sphinkteren ist für die Behandlung der Gonorrhoe von Bedeutung.

Wer die Urethra posterior mit totalen Injektionen oder Irrigationen in Behandlung nimmt, dem wird die Sphinkterschwäche bei seinen Manipulationen zu statten kommen. Dafs sie auch sonst vorteilhaft ist, kann gewifs nicht behauptet werden. Sollen aber Injektionen ausschliefslich in den Urethra anterior ihre Wirkung ausüben, so ist die Sphinkterschwäche ein besonders störender Umstand.

Es wäre nämlich erwünscht, die medikamentöse Flüssigkeit mit jeder Stelle der Schleimhaut in Berührung kommen zu lassen. Aus diesem Grunde wollten Vajda, Loeb, Goldberg u. a. als Regel gelten lassen, die Kapazität der Urethra in jedem Einzelfalle zu bestimmen, um die entsprechende Spritze wählen zu können. Nun ist aber bei hochgradiger Insufficienz die richtige Kapazität nicht zu bestimmen; in anderen Fällen hingegen fliefst die Flüssigkeit nach kurzer Zeit in die Blase, wenn in die Harnröhre eine der bestimmten Kapazität entsprechende Menge Flüssigkeit injiziert wurde.

Es ist ein Nachteil, wenn die medikamentöse Flüssigkeit in die hinteren Partieen der Urethra gelangt. Die Injektionsflüssigkeiten sind unter Umständen chemisch reizend, sehr oft nicht steril, und geben darum Anlafs zu Komplikationen.

Die Bestimmung der Schliefsfähigkeit sollte man darum bei Behandlung der Gonorrhoe nicht versäumen, sie sogar oft während des Krankheitsverlaufes prüfen. Bei weniger sufficientem Schliefsmuskel sollten dann Spritzen von ca. 5 ccm Rauminhalt gebraucht werden. Auf eine innigere Berührung zwischen Medikament und Flüssigkeit wäre dann zu verzichten.

Durch solche Bestimmungen würde aber die sonst so einfache Injektionsmethode kompliziert werden, es besteht deshalb wenig Hoffnung, diese Untersuchungen in weiteren Kreisen geübt zu sehen. Bei fernerer Benützung der 10 ccm fassenden Spritzen ist nun an die Möglichkeit zu denken, medikamentöse Lösungen —



sowohl bei den gewöhnlichen, wie bei den prolongierten Injektionen — in die Pars posterior und Harnblase oft genug hineinzubringen.

Soll die Urethra anterior per irrigationem rasch gefüllt und wieder entleert werden, so läſst sich das Eindringen von Flüssigkeit in die Blase viel besser als bei den gewöhnlichen Injektionen vermeiden.

Bei der Frage endlich, welche Druckhöhe zum Überwinden des Schlieſsmuskels nötig ist, sind Fälle von normaler und ungenügender Sufficienz des Schlieſsmuskels voneinander zu unterscheiden. Erst dann wird es erklärlich, daſs diese Druckhöhe bei verschiedenen Autoren verschieden angegeben wird. Möller[1]) fand in manchen Fällen eine Druckhöhe von 50 cm genügend. Guyon[2]) und Janet halten eine Druckhöhe von 150 cm für alle Fälle ausreichend. Nach Finger[3]) wird der Sphinkter bei 400 cm Druckhöhe überwunden.

Die Thatsache, daſs Kranke von den genannten und von anderen Autoren ohne Rücksicht auf eine etwaige Insufficienz untersucht wurden, erklärt die Verschiedenheit ihrer Versuchsergebnisse.

---

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 35.
[2]) Maladies d. voies urinaires 1895.
[3]) Wiener allg. med. Ztg. 1886.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Di un nuovo procedimento sensibile et rapido per la ricerca dei pigmenti biliari nelle urine. Von Biffi. (Gaz. degli Osped. et delle Clin., 11. Febr. 1900.)

B. glaubt eine Reaktion auf Gallenfarbstoff gefunden zu haben, welche bei genügender Empfindlichkeit leicht und schnell ausführbar ist: 150—200 ccm Urin werden stark mit $H_2 SO_4$ angesäuert und unter fortwährendem Umrühren mit 45—60 Tropfen einer 5 % Chlorbaryumlösung versetzt. Es entsteht ein Niederschlag, welcher die Gallenfarbstoffe mit sich reifst. Die Flüssigkeit wird nach kurzer Zeit abgegossen und der Niederschlag noch feucht auf hydrophile Baumwolle gebreitet. Legt man nun darauf einen Krystall von doppelt chromsaurem Kali, so bildet sich, falls Gallenfarbstoffe vorhanden sind, um denselben ein grüner Ring, welcher sich, wie bei der Gmelinschen Reaktion, zuerst in Blau, dann in Rot verwandelt.

v. Hofmann-Wien.

The unimportance of the presence of a trace of albumen or nucleo-albumen in urine of extremely low specific gravity. Von Weber. (Brit. Med. Journ. Jan. 6. 1900.)

W. hat die Bemerkung gemacht, dafs von vollständig gesunden Personen unter Umständen ein Urin von niederem spezifischen Gewichte entleert wird, welcher nur sehr wenig Harnstoff und Urate, hingegen aber Spuren von Eiweifs enthält. Die Kenntnis dieses Verhaltens ist wichtig, da man sonst ohne Grund eine Schrumpfniere diagnostizieren könnte.

v. Hofmann-Wien.

Der Nachweis des Quecksilbers im Harn. Von M. Hoehnel. (Pharmac. Zeitg. 1900, Nr. 13.)

Verf. führt kurz die verschiedenen zum Nachweis des Quecksilbers im Harn dienenden Verfahren an und bespricht dann seine eigene Methode. Die Zerstörung der organischen Substanzen ist hierbei überflüssig, auch ist es gleichgiltig, ob Jodide vorhanden sind.

Man verfährt folgendermafsen:

Ein Liter Harn wird im Wasserbade auf ein Viertel eingedampft und unfiltriert mit 3—4 g reinem, frischen Cyankali versetzt. Bei 60—70° wird ½ Stunde lang digeriert und dann filtriert. In das braune Filtrat bringt

man 2—3 Streifen dünnes Kupferblech von je 10 qcm Fläche; die Kupferbleche müssen auf das sorgfältigste gereinigt sein. Bei 60—70° wird nochmals digeriert und zwar 2 Stunden lang. Die Bleche werden dann herausgenommen, mit Wasser, Alkohol und Äther abgespült und 1/2 Stunde an der Luft getrocknet. Bei Vorhandensein von gröfseren Mengen Quecksilbers, etwa 0,002 g, erscheinen die Bleche glänzend silberweifs, bei geringeren Mengen. 0,001—0,0015, schwach blauweifs. Bei zahlreichen Analysen und Kontrollversuchen hat sich die Methode durchaus bewährt.

Dreysel-Leipzig.

Sur les produits d'élimination de la théobromine et de la caféine par les urines. Von Krüger und Schmidt. (Deutsche chem. Gesellschaft 1900.) (La Presse Méd. Nr. 21, 14. März 1900.)

Die Derivate von Xanthin, Cafeïn (trimethylxanthin) und Theobronim dimethylxanthin), einzeln dem Kaninchen oder dem Hunde einverleibt, scheiden sich teils als Methylxanthin, teils unverändert aus; die Behauptung Albaneses, dafs Tiere nach Genufs von Cafeïn Xanthin ausscheiden, hat sich nicht bestätigt gefunden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Examen fractionné des urines; importance diagnostique. Von Gillet. (La Presse Méd. Nr. 6, 20. Jan. 1900.)

Es wird darauf hingewiesen, wie notwendig es ist, den zu verschiedenen Tageszeiten gelassenen Urin auf Eiweifs zu untersuchen, am raschesten unter Anwendung des Esbachschen Verfahrens, da die Eiweifsmengen von Urin, der innerhalb 24 Stunden gesammelt wurde, häufig den genauesten Untersuchungen entgehen können; als Beispiel wird angeführt:

Morgenurin 145 cc = 0
Tagesurin { a) 102 cc = eiweifshaltig
Tagesurin { b) 110 cc = eiweifshaltig
Nachturin 185 cc = 0.

Die Gesamtmasse liefs Eiweifs nicht erkennen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Examen fractionné des urines. Von Desnos. (La Presse Méd. Nr. 10, 8. Febr. 1900.)

Anknüpfend an den Vortrag Gillets, der betonte, wie wichtig es ist, den zu verschiedenen Malen im Tage gelassenen Urin gegebenen Falles chèmisch zu untersuchen, betont D. die Wichtigkeit dieses Verfahrens auch vom klinischen Standpunkt hinsichtlich wolkigen Niederschlags, von allgemeiner Trübung bezw. rücksichtlich von Filamenten.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Eine Methode zur Bestimmung der reduzierenden Kraft des Harns, des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten. Von Rosin. (Münch. Med. Wochschr. 1899. 44.)

Harn von Personen, die Methylenblau einnahmen, wird blau oder ungefärbt ausgeschieden, ungefärbt insbesondere bei alkalischer Reaktion. Beim Schütteln mit Luft wird der das Reduktionsprodukt des Methylenblau enthaltende

Harn sogleich wieder blau. Diese bekannte Thatsache suchte K. zur quantitativen Bestimmung der Reduktionskraft des Harns zu verwerten. In ein Erlenmeyer-Kölbchen von 100 ccm Inhalt werden 25 ccm des um das 5fache verdünnten nur noch schwach gelb gefärbten Harns gegossen und 1 ccm offizinellen Liq. Kal. caust. zugefügt. Sodann wird Paraffin. liquid. in etwa 3facher Höhe über die Mischung geschichtet und das Ganze vorsichtig bis nahezu zum Sieden erhitzt. Die Überschichtung mit Paraffin und die Verhinderung des Eintritts des Siedens soll den Luftzutritt verhüten. In die erhitzte Flüssigkeit fügt man aus einer Bürette, deren Abflufsrohr unter die Paraffinschicht taucht 1 ccm $^1/_{3000}$ Chlorhydrat-Methylenblau und erhitzt weiter. Die Flüssigkeit verliert das Blau in wenigen Sekunden. Lasse nun aus einer zweiten Bürette $^1/_{100}$ Normalpermanganatlösung zufliefsen, bis ein blaugrüner Schimmer erscheint. Das Permanganat giebt zuerst an die reduzierenden Substanzen des Harns seinen Sauerstoff; sind diese gesättigt, so giebt es sofort Sauerstoff an das Leukomethylenblau: Indikator ist also die beginnende Blaufärbung. Die Menge des aus dem verbrauchten Permanganat zu berechnenden Sauerstoffs ist das Mafs der reduzierenden Kraft des Harns. — Für andere Flüssigkeiten giebt R. noch keine Methode an.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Zur Frage über bakterioide und harnsäurelösende Eigenschaften des Urotropins. (Experimentel-klinische Studie von Dr. W. F. Orlowsky.)

In einer sehr fleifsigen, sowohl experimentel als klinisch musterhaft durchgeführten Arbeit, kam Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die bakterícide Kraft des U. gegen das Cholera-vibrio, den Staphylococcus, das Bakterium coli und den Sporen der sibirischen Pest ist entschieden geringer als die der Carbolsäure und des Sublimat. 2. In Eiweifsmedien wird die bakterícide Kraft des U. vermindert. 3. Gegen die Mikroben der Harngärung bes. der alkalischen wirkt das U. sehr stark bes. bei Körpertemperatur. Seine Wirkung ist jedoch schwächer als die des Formaldehyds. 4. Bei seiner Ausscheidung aus dem Organismus gewinnt das U. an seiner baktericiden Kraft infolge der teilweisen Zersetzung mit Bildung des Formaldehyds. 5. Bei seiner Ausscheidung aus dem Organismus wirkt das U. auf die Mikroben der Harngärung viel stärker als das Salol. 6. Ein gewisser Teil des U. zerfällt im Organismus und liefert Formaldehyd, welches im Harn durch betreffende Reaktionen nachgewiesen werden kann. 7. Mit Pikrinsäure und also mit der Esbachschen Reaktion ergiebt das U. einen krystallinischen Niederschlag. 8. Die Tagesdosis von 1,5 in 3 Einzeldosen geteilt ruft keine unangenehme Nebenwirkung hervor. 9. Bei Cystitis erhöht das U. die Acidität des frischgelassenen und des Tagesurin; ein alkalischer Harn wird sauer gemacht. 10. Bei Cystitis werden die katarrhalischen Erscheinungen nach U. gebessert: der Gehalt an Schleim, Eiter und Eiweifs wird vermindert. 11. Mit Besserung der katarrhalischen Erscheinungen verschwinden auch die Schmerzen beim Urinieren. 12. Chronische interstitielle Nephritis als Komplikation der Cystitis bildet keineswegs eine Contra-

indikation für den vorsichtigen Gebrauch des U. 13. Das U. besitzt keine harntreibende Kraft. 14. Der Effekt nach dem Urotropingebrauch bei Cystitis hält auch nach dem Aussetzen des Mittels eine Zeit lang an. 15. In Wasserlösung bei Körpertemperatur besitzt das U. nur geringe harnsäurelösende Kraft. 16. Das künstliche Zulegen von U. zum Harn erhöht nicht die Löslichkeit der Harnsäure in ihm. 17. Innerliche Darreichung von U. giebt dem ausgeschiedenen Harn eine deutlich ausgesprochene harnsäurelösende Kraft hinzu. 18. Die Menge der freien Harnsäure im Harne fällt nach innerlichem U.- Gebrauch bis zur Null. 19. Die letzten zwei Eigenschaften verdankt das U. dem sich im Organismus abspaltenden Formaldehyd, mit welchem die Harnsäure leicht lösliche Verbindungen eingeht. 20. Die Verbindung der Harnsäure mit dem Formaldehyd wird leicht bei chemischen Manipulationen zerstört. 21. In Wasserlösungen bei Körpertemperatur besitzt die gröfste harnsäurelösende Kraft das Lysidin, dann Piperazin, Soda, Urotropin und zuletzt Urizedin. 22. Künstlich zum Harn zugelegten Piperazin, Soda, Urizedin bleiben in betreff ihrer Harnsäurelöslichkeit ebenso wirkungslos wie das U. 23. Bei innerlicher Darreichung von Lysidin, Piperazin, Soda und Urizedin gewinnt der Harn nichts an seiner harnsäurelösenden Kraft. Die Menge der freien Harnsäure nimmt auch nicht zu. 24. Das Piperazin besitzt die Fähigkeit, im Organismus der Vögel die künstlich hervorgerufenen harnsauren Ablagerungen zu lösen und ihrer Ausbildung vorzubeugen; es bleibt aber unwirksam gegen Ablagerungen in den Harnwegen. 25. Weder Lysidin, noch Soda, noch Urizedin, noch Urotropin sind imstande, bei den Vögeln die Ablagerungen zu lösen oder ihrer Bildung vorzubeugen.

M. Kreps - St. Petersburg.

Experimentelles und Klinisches über Urotropin. Von Nicolaier. (Ztschrft. f. klin. Med., Bd. 38. Festschr. f. Ebstein. 69 S.)

Die Veröffentlichung des Autors, dem wir die Verwertung des Urotropins verdanken, enthält neben einer erschöpfenden Zusammenfassung des Bekannten eine Fülle neuer Feststellungen. Sie erfordert daher bei der praktischen Wichtigkeit des Gegenstandes ein ausführliches Referat.

I. Chemische und physikalische Eigenschaften des Urotropin.

Urotropin ist als Hexamenthylentetramin $(CH_2)_6N_4$, zu bezeichnen, nicht als Hexamethylenamin, da die betr. Base mit 1 Amin einen anderen, flüssigen, farblosen, nach Cociin riechenden Körper darstellt. Urotropin ist trocken aufbewahrt, unzersetzlich, riecht erhitzt unangenehm, sublimiert nur bei über 100° C. in sehr kleinen Mengen. Nicht blos durch Säuren wird es in Ammoniak und Formaldehyd zersetzt, sondern bei höherer Temperatur auch in alkalischer Lösung.

Von den zahlreichen Verbindungen des Urotropin haben therapeutische Verwendung gefunden diejenigen mit Tannin (Tannopin) als Adstringens bei Enteritis; mit Bromäthyl (Bromalin) gegen Epilepsie; mit Jodoform (Jodoformin) bez. mit Jodoform und Jodäthyl (Jodoformal) als Jodoformersatz; mit Salycilsäure (Saliformin); mit Weinsäure; mit Benzoyl; mit Jodäthyl als Ersatz für Jodkali. Den Nachweis des Urotropins (gelber

Niederschlag mit 10% Bromwasser) stelle man in der Kälte an, weil in der Hitze die Bromurotropine sich lösen, und nach Eiweifsausfällung, weil auch Eiweifs mit Bromwasser einen gelben Niederschlag bildet.

II. Experimentelles über Urotropin.

Die Ausscheidung des Urotropins im Harn begann 15 Minuten und endete noch bei grofsen Gaben in ca. 24 Stunden; N. bezweifelt Caspars Angabe von dem Nachweis 14 Tage nach Einverleibung. Mäuse, Kaninchen, Hunde blieben, nachdem sie perös oder intravenös grofse Gaben von Urotropin genommen hatten, ohne Krankheitserscheinungen; erst 10 g beim Kaninchen und 15 g beim Hunde auf einmal genommen, machten Hämaturie bez. Albuminurie.

Die entwickelungshemmende Wirkung des Urotropins auf Mikroorganismen findet nur bei Temperaturen von 37° C. und höher statt; sie beruht auf der Abspaltung von Formaldehyd aus dem Urotropin. Mit Urotropin versetzte alkalische Nährböden lassen, mit Mikroorganismen geimpft, bei Zimmertemperatur reichlich Kolonien wachsen, bei Bruttemperatur aber bleiben sie steril. Urotropinhaltiger Harn, sauer und klar entleert, wird, offen stehen gelassen, bei Zimmertemperatur bald trüb und ammoniakalisch, bei Bruttemperatur aber bleibt er klar und sauer. Nicht blos durch mineralische Säuren, auch durch Harnsäure und Kohlensäure, durch saure Salze, endlich auch bei alkalischer Reaktion, bei hinreichender Erhitzung wird aus wässerigen Urotropinlösungen und aus Urotropinharnen Formaldehyd abgespalten. Sehr häufig war in den frisch gelassenen sauren Harnen, einigemal auch in alkalischen, die Formaldehydprobe positiv. Die widersprechenden Mitteilungen von Caspar und Citron erklären sich daraus, dafs die den bald nicht hinreichend scharfen, bald unsicheren Beyer-Tollensschen und Leblinschen Formaldehydnachweis benutzten; nur die Jorissensche Probe (Zusatz von Phloroglucin in Substanz und dann Kalilauge in der Kälte (Rotfärbung) ist hinreichend scharf und sicher.

Die harnsäurelösende Wirkung des Urotropins wurde von N. sowohl in wässerigen Lösungen, als auch in Harnen nachgewiesen; sie erstreckt sich auch auf Concremente. Personen verloren Urat- und Harnsäuresedimente, so lange ihr Harn Urotropin enthielt; die üblichen Tagesgaben von 1½—2 g genügten. Am besten löst Urotropinurin Harnsäure bei Bruttemperatur. Daraus läfst sich, da eine lösliche Urotropinharnsäureverbindung bisher nicht nachgewiesen ist, auch die Diuresesteigerung für die Lösung irrelevant ist, schliefsen, dafs die bei 37° erfolgende Formaldehydabspaltung, wie für die bactericides, so auch für die harnsäurelösende Wirkung wesentlich ist. Formaldehyd bildet mit der Harnsäure lose, leicht lösliche Verbindungen, die an den Harn wieder Urotropin abgeben.

III. Klinisches über Urotropin.

N. giebt 3—4 mal täglich 0,5 g in viel Wasser gelöst. Tagesgaben über 2 g, längere Zeit verabreicht und nicht reichlich verdünnt, reizen

die Blase; Nephritis wird nicht verschlimmert; Darmreizungen hat N. nicht gesehen.

Ammoniakalische Harngährung beseitigt Urotropin in einer ersten Gruppe von Fällen nach kürzerer Anwendung (einige Wochen) dauernd, in einer zweiten nach kürzerer Anwendung nur vorübergehend, nach längerer dauernd; in einer dritten kleinen Gruppe von Fällen versagt es; hier liegen dann schwere anatomische Veränderungen vor.

Bei Gonorrhoe hatte N. sowohl bei akuter Cystitis und Pyclitis, als auch bei chronischer Cystitis, als auch endlich bei chronischer Urethritis posterior gute Erfolge mit Urotropin erzielt. Es ist aber zu bemerken, dafs nicht die Gonorrhoe, sondern nur ihre Lokalisation in der Blase beseitigt wurde; es ist übrigens aus den Krankengeschichten der behauptete Vorzug des Urotropins bei ac. gon. Cystitis vor dem altbewährten Sandelholzöl nicht zu entnehmen.

Die von vielen Seiten mitgeteilte Besserung von Cystitiden bei Prostatikern und nach Kathetrismen bestätigt N.

Bei Typhus abdominalis beseitigt Urotropin die Typhusbazillen aus dem Harn; bei einer Colicystitis war es wirksam; dahingegen hat N. keine Wirkung gesehen bei einer Streptokokkencystitis, und bei Urogenitaltuberkulose.

Endlich ist das Urotropin zu verwenden als Prophylacticum der Infektion bei Eingriffen im Bereich der Harnwege.

Die klinischen Erfahrungen N.s über die Wirkung des Urotropin bei harnsaurer Diathese scheinen zu beweisen, dafs der Abgang von Konkrementen zunächst befördert und schmerzlos gemacht wird, und dafs alsdann die Nierenkoliken und die Gichtanfälle aufhören.

Endlich chronische Phosphaturie ist stets mit Urotropin zunächst zu versuchen, weil sie zuweilen danach schnell schwindet.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Urotropin as urinary antiseptic. Von Cammidge. (Brit. Med. Journ., March 17, 1900.)

C. berichtete in der Leeds and West Riding Med. Chir. Soc. über seine Erfahrungen mit Urotropin. Er spricht sich sehr günstig über das Mittel aus und empfiehlt wärmstens seine Anwendung. v. Hofmann-Wien.

Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin der Gichtkranken mit besonderer Berücksichtigung der Anfallszeiten und bestimmter Behandlungsmethoden. Von His, Cohnheim, Freudweiler, Dr. chem. His, Respinger. (Med. Klinik Leipzig.) (Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1899. Bd. 65, H. 1, 2, S. 156—191.)

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 12 Gichtkranke, 18 Gichtanfälle, circa 500 Beobachtungstage. Mitgeteilt wird täglich Harnmenge, spezifisches Gewicht und Harnsäure, nach Salkowski-Ludwig gewonnen und gewogen. Die Kost war gleichmäfsige Hospitalkost.

„Die tägliche Harnsäureausscheidung ist bei Gesunden wie bei Gichtkranken ausgiebigen und unerklärten Schwankungen ausgesetzt.“ Daher

darf bei Gichtkranken eine Vermehrung oder Verminderung erst dann als sicher angenommen werden, wenn sie das Mafs der täglichen Schwankungen erheblich überschreitet, oder in mehreren Versuchsreihen konstant wiederkehrt, und die Vor-, Nach- und Versuchsperioden sich auf eine längere Reihe von Tagen (mindestens 6) erstrecken.

Die durchschnittliche tägliche Harnsäureausfuhr der Gichtkranken unterscheidet sich nicht von der der Gesunden, sie bewegt sich um 0,5. Dahingegen wird der akute Gichtanfall durch eine Verminderung der Harnsäureausfuhr eingeleitet, die dem Anfall um 1—3 Tage vorausgeht; und von einer Vermehrung der Harnsäureausfuhr gefolgt, die ihr Maximum am 1. bis 5. Tage erreicht. Bei gehäuften Anfällen und Anfällen in mehreren Gelenken verwischen sich die Unterschiede. Ebensowenig sind für die mittlere Harnsäuremenge in Anfallsperioden gegenüber derjenigen in Ruheperioden konstante Unterschiede zu ermitteln.

In Bezug auf den Einfluss therapeutischer Agentien auf die tägliche Ausscheidung der Harnsäure sind die Ergebnisse durchweg negativ. Für die Therapie der Gicht sind daraus freilich keinerlei Schlüsse zu ziehen; „denn so lange wir nicht wissen, in welchem Zusammenhange die im Harn vorhandene Harnsäure zu deren Bildung und Zerstörung, Ablagerung und Auflösung im Harn steht, fehlt uns jede rationelle Leitung bei der Behandlung der Gicht.“ Teplitzer Stadtquelle, Salzschlirfer Bonifaziusquelle, Piperazin, Lysidin, Uricedin, Urotropin, Tct. Colchici wurden zu kurze Zeit gegeben; sicher ist aber, dafs Natr. bicarb., Fachinger Wasser und (Sandow) Salz, sowie die Citronenkur die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure nicht nachweislich beeinflussen, wahrscheinlich, dafs Lith. carbon. sie um ein Geringes herabsetzt. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Examination of the urine in epilepsy. Von Klein. (New-York Med. Journ., Dez. 30, 1899.)

Kl. untersuchte den Urin von 23 Epileptikern möglichst bald nach dem Unfalle. Die Harnmenge war nur sehr selten vermehrt, das specifische Gewicht betrug 1007—1020. Bei 15 Fällen zeigten sich Spuren von Eiweifs, bei 3 fanden sich Albumosen. Die Chloride waren vermehrt in 14 Fällen, Zucker ward niemals gefunden. v. Hofmann-Wien.

Hyperglycémie consécutive à l'injection intravenieuse d'une culture de staphylocoque. Von Lépine-Lyon. (La Presse Méd. Nr. 21, 14. März 1900.)

L. veranlafsten, die hie und da bei Furunkulose beobachteten Zuckerausscheidungen zu versuchsweisen intravenösen Staphylokokkeninjektionen; der Erfolg war ein positiver; bei sehr minimalen Injektionen eine nur rasch vorübergehende Zuckerausscheidung hervorrufend, die schon manchmal nach ein und einhalb Stunden den Zuckergehalt des Blutes unternormal erkennen liefs. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

La glycosurie chez les rachitiques. Von P. Nobécourt. (La Presse Méd. Nr. 9, 31. Jan. 1900.)

N. stellte an 1 bis 2jährigen Kindern fest, dafs rhachitische Erscheinungen leichter alimentäre Glykosurie zeigen als gesunde oder hereditär syphilitische. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sugar excretion in Diabetes. Von Williamson. (Brit. Med. Journ. March. 10, 1900.)

W. empfiehlt zur Verminderung des Zuckergehaltes im Urin bei Diabetes Natrium salicylicum, welches ihm in 3 Fällen dieser Erkrankung sehr gute Dienste geleistet hat. Man reicht 5,0—6,0 täglich. Im allgemeinen muss man aber vorsichtig sein, wenn man die Abnahme des Zuckergehaltes auf ein bestimmtes Medikament zurückführen wolle, da dies durch eine Menge anderer Faktoren bedingt sein könne, welche man vor Abgabe eines sicheren Urteils erst eliminieren müsse.

v. Hofmann-Wien.

Diabète hydrurique fébrile au cours de la tuberculose. Von Klippel. (La Presse Méd. Nr. 10, 3. Febr. 1900.)

Im Verlaufe einer mit Vereiterung einhergehenden Tuberkulose stellte sich plötzlich Polydypsie und darauf einfache Harnruhr ein; in den bis zu 8 und 10 Litern ausgeschiedenen Urinmassen wurde nie Zucker gefunden. Exit. letal. nach 2 Monaten. Souques betont, dafs es ungewöhnlich ist, dafs die Polydypsie primär auftrat. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Diabetic coma. Von F. B. Futscher. (Clinical Society of Maryland 1900, 19. Jan.)

F. berichtet über einen Fall von diabetischem Coma bei einem 14jähr. Mädchen und bespricht, nach einigen Erörterungen über die Ätiologie, die Methoden der Blut- und Urinuntersuchung und die Möglichkeit des Vorherbestimmens eines Komaanfalles. Bei dem vorliegenden Falle war es möglich, den Anfall vorauszusagen. Infolge der sofort eingeleiteten Behandlung trat wohl Schlafsucht, aber kein wirkliches Coma ein. Es wurden intravenöse Kochsalzinjektionen mit Natr. bicarbon. gemacht, die raschen Erfolg hatten. Dreysel-Leipzig.

The pathology of diabetic coma. Von Grube. (Brit. Med. Journ., March 10, 1900.)

G. besprach in der Pathological Society of London die verschiedenen Theorien über die Entstehung des Coma diabeticum, von welchen er besonders die der Acetonvergiftung bekämpft, da das Aceton nur in grofsen Dosen toxisch wirke, und die Symptome andere seien, als beim Coma diab. Verf. berichtet hierauf über 12 Versuche, in welchen es ihm gelungen war, durch intravenöse Injektion von Beta-Amidobuttersäure in wässeriger Lösung bei Katzen die Symptome der erwähnten Erkrankung zu erzeugen. G. glaubt daher, dafs die Beta-Amidobuttersäure einer der Stoffe sei, welche bei der Entstehung des Coma diab. beteiligt sind. v. Hofmann-Wien.

Contribution à l'étude de l'acétonurie. Von Hugo Luthje. (Centralblatt für innere Medizin, 1899, Nr. 38.) (La Presse Méd. Nr. 13 14. Februar 1900.)

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 2 Punkte: die Beziehungen von Acetonurie zu der gesteigerten Acetonbildung im Körper und über den Ort, wo sich das Aceton bildet. Experiment und Beobachtung an Kranken sind L. Grund, der bisher üblichen Annahme zu widersprechen, daſs die Überproduktion von Aceton die Veranlassung von Acetonurie sei; ferner negiert er die Produktion gröſserer Quantitäten im Darmkanal.

Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Les otites diabétiques. Von H. Eulenstein. (D. Archiv für klin. Mediz. 1899.) (La Presse Méd. Nr. 19, 7. März 1900.)

E. kommt auf Grund von 50 gesammelten Beobachtungen, unter denen ein selbstbeobachteter sich befindet, zu dem Schlusse, daſs weder die Annahme berechtigt ist, daſs Diabetes eine besondere Form von Otit. med. noch einen besonders raschen und ausgedehnten Zerfall im Process. mast. hervorrufe. Die Schwere der Fälle, welche gelegentlich angeführt wird, erklärt sich durch das häufige Mitvorkommen von Arteriosklerose, oder durch die Bösartigkeit der Infektion, auch dadurch, daſs die diabetischen Veränderungen den Infektionskeimen einen besonders günstigen Nährboden bieten.

Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Traitement de l'ataxie des diabétiques par la rééducation des mouvements. Von A. Riche u. A. Mesuard. (La Presse Méd. Nr. 5, 17. Januar 1900.)

Die Idee dieses Verfahrens hat Mortimer Granville als erster ausgesprochen, Frenkel das Verfahren methodisch als erster angewandt.

Die Ausführung wird eingehend für die unteren und für die oberen Gliedmaſsen getrennt besprochen. Nach der Verfasser Ansicht sind für diese Behandlungsweise im engeren Sinne des Wortes weder Indikationen noch Kontraindikationen aufzustellen, sondern kann dieselbe im weitesten Sinne des Wortes immer, wenn auch unter wechselnd günstigen Aussichten, in Anwendung kommen.

Je gröſser die Integrität der Koordinationscentren, je geringer und weniger tiefgreifend die Sensibilitätsstörungen, je intakter die einzelnen Sinne sind und je emsiger die „Wiedererziehung der Bewegungscentren" ausgeübt wird, um so besser die Prognose. Im allgemeinen gesprochen bieten intelligentere Patienten günstigere Aussichten. Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Zur Behandlung des Diabetes im Kindesalter. Von Legendre.

L. empfiehlt beim Diabetes der Kinder Pillen folgender Zusammensetzung:

Strychnin. sulfur.	0,006,
Natr. arsen.	0,012,
Codein.	0,12,
Chin. valerian.	0,6,
Extr. valerian.	

Qu. s. ut f. Pil. Nr. XII.

Täglich 1—6 Pillen.

Dreysel-Leipzig.



Die Therapie des Diabetes mellitus. Von Dr. F. Umber-Berlin. (Die Therap. der Gegenwart 1900, 2. Heft.)

Die Arbeit des Verf. bringt eine zusammenfassende Übersicht über eine Reihe neuer Bearbeitungen des Diabetes mellitus, es seien nur erwähnt: Naunyn, der Diabetes mellitus (Nothnagels Sammelwerk Bd. VII, 6, 1898, Wien, A. Hölder), v. Noorden, die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung, II. Aufl. (Berlin 1898, Hirchwald), v. Mering, Behandlung des Diabetes aus Pentzolds und Stintzings Handbuch der Therapie, Bd. II, 2. Aufl. 1897 und klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus von Rumpf, Aldehoff, Sandmeyer (1899, E. Fischer) den Schülern des verstorbenen Marburger Physiologen Külz. Wer sich über die Diabetesfrage unterrichten will, wird die Arbeit Umbers mit Nutzen lesen und vor allem wird auch der praktische Arzt sehr viel therapeutisch wichtige Winke für die Behandlung seiner Diabetiker aus der Arbeit erhalten. Ist auch die Frage über die Entstehung des Diabetes noch nicht als völlig gelöst zu betrachten, über die Behandlung des Diabetes, die der Hauptsache nach von jeher eine diätetische war und auch gegenwärtig ist, weichen die Anschauungen der Autoren nur in unwesentlichen Punkten ab. Es genügt aber nicht, dem Patienten, wie dies noch immer so vielfach geschieht, die Amylaceen einfach zu verbieten, sondern es bedarf jeder einzelne Fall eines besonderen Studiums, seine „Toleranz“ gegen Amylaceen muss festgestellt werden, danach die „Schwere“ des einzelnen Falles bemessen und die Diät vorgeschrieben werden. Wie dies im einzelnen geschieht, wie in schweren Fällen auch die Fleischration pro Tag eingeschränkt werden muss, wie volle Hungertage oder sogenannte „Gemüsetage“ (nach Noorden) gelegentlich eingeschoben werden müssen, an denen nur grüne Gemüse, Speck und reichliche Mengen von Alkohol in Form von Rotwein, Kognak und dergl. verabfolgt werden, darüber bringt das Referat Umbers alles hinreichend Wissenswerte. Neben der Diät wird noch die Notwendigkeit der Muskelthätigkeit betont, es werden die Brunnenkuren, besonders die Karlsbader Kuren erwähnt, die medikamentöse Behandlung kurz erläutert und zum Schlufs die Frage der Heilbarkeit des Diabetes gestreift. Ludwig Manasse-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

La cryoscopie des urines dans les affections du coeur et des reins. Von H. Claude und A. V. Balthazard. (La Presse Méd. Nr. 14, 17. Febr. 1900.)

Die Verf. empfehlen das von Koranyi angegebene cryoskopische Untersuchungsverfahren zur objektiven Feststellung des Verhältnisses Nierenfunktionen und der Cirkulationsstörungen bei Herzkranken auf das wärmste, schildern dasselbe eingehend und führen eine Reihe von Beispielen seiner Anwendung auf.

Die Ausführung erfordert etwa 10 Minuten. Von grofsem Werte für die Exaktheit des Befundes ist, dafs der innerhalb 24 Stunden gesammelte

Urin gut gemischt wird, dafs er keinenfalls antiseptische und womöglich überhaupt keine medikamentösen Bestandteile enthält.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sur le débit comparé des deux reins. Von E. Bardier und H. Frenkel. (La Presse Méd. Nr. 22, 17. März 1900.)

Im normalen Zustand ist die Ausscheidnng beider Nieren eine gleichmäfsige; durch intravenöse Kochsalzinjektionen tritt bis zu einer gewissen Grenze, welche Dastre und Loye festgestellt haben, eine progressive Steigerung ein; bei zu reichlicher oder zu rascher Kochsalzeinführung kann die Arbeitsleistung einer der Nieren gesteigert sein.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

L'influence des anesthésiques sur la perméabilité rénale (Gior. d. R. Academia di Torino 1899.) Von Gallcaziet Grillo. (La Presse Méd. Nr. 15, 21. Febr. 1900.)

Die Autoren versuchten auf der Turiner Klinik des Prof. Carle die Durchgängigkeit der Nieren nach allgemeinen Narkosen zu prüfen durch Injektion von Methylenblau in die Blutbahn von Kaninchen. Die Durchgängigkeit der Nieren wurde durch Anwendung von Chloroform und auch von Äther vermindert; durch letzteres Mittel weniger. Intakte Nieren waren minder empfindlich. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

L'influence de l'eau sur la diurèse. Von F. Bidlot. (Le Scalpel 1900, 25. Febr.)

Kaltes Wasser ist für den Gesunden ein ausgezeichnetes Diuretikum; laues oder warmes Wasser bewirkt eine Vermehrung der Diurese nur bei verstärkter Herzaktion. Beim Fiebernden wird auch durch Einnahme grofser Quantitäten von Wasser die Urinmenge nicht vergröfsert. Das wichtigste Diuretikum bei fieberhaften Zuständen ist das kalte Bad. Das Klima hat auf die Urinausscheidung insofern grofsen Einflufs, als trockene, heifse Luft die Diurese vermindert, kalte und feuchte Luft sie vermehrt.

Dreysel-Leipzig.

Über Blutungen aus anatomisch unveränderten Nieren. Von Grosglik. (Sauburg klin. Vortr. 1898, Nr. 203.)

G. berichtet über einen Fall, bei dem sich die Nierenblutung schliefslich als Symptom einer allgemeinen Hämophilie herausstellte. Bei den essentiellen Nierenblutungen lassen sich drei Haupttypen unterscheiden: 1. Hämophile, 2. vasomotorische, 3. traumatische Hämaturie. Verf. bespricht eingehend die Diagnose dieser einzelnen Formen; die Einzelheiten hierüber mögen im Original selbst nachgelesen werden. Jedenfalls mufs die Differentialdiagnose zwischen symptomatischer und essentieller Hämaturie mit gröfster Sorgfalt gestellt werden, da die Behandlung der beiden Arten eine wesentlich verschiedene ist. Dreysel-Leipzig.

Paroxysmal haemoglobinuria in a child. (Brit. Med. Journ. Jan. 20. 1900.)

Diskussion im Anschlufs an einen von Lunn in der Clinical Society

of London vorgestellten Fall. Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, in deren Familie Zeichen von Syphilis bestanden. Von verschiedenen Beobachtern wurde ein derartiger Zusammenhang zwischen paroxysmaler Hämoglobinurie und Lues konstatiert. Ebenso trifft Hämoglobinurie häufig mit Oxalurie zusammen. v. Hofmann-Wien.

Hartnäckige Hämaturie während der Schwangerschaft. Von William Byod, Joung in Bon Aia, Tennes. (Med. News 13. Mai 1899.)

Eine 20jährige Frau litt im 6. Monate der Gravidität an Hämaturie, die mehrere Wochen dauerte, auf Ergotindarreichung nachliefs und dann nach erfolgter Frühgeburt aufhörte. Wahrscheinlich handelte es sich um blutende Hämorrhoiden der Blase, welche durch den Druck des graviden Uterus auf die Beckenvenen hervorgerufen werden. Das Seccale tötete vielleicht die Frucht und hörte deshalb die Blutung auf, oder es stand die Blutung direkt durch diese Medikation. Federer-Teplitz.

Imperfekt or deficient urinary excretion as observed in connection with certain diseases of the skin. Von Bulkley. (Transactions of the Amer. Dermat. Society for 1899.)

Verf. hat 2000 Urinuntersuchungen bei verschiedenen Hautkranken vorgenommen. Es zeigte sich dabei, dafs sowohl, was die Harnmenge als auch, was die Zusammensetzung des Urines betrifft, sehr viele Abweichungen von der Norm bestehen, ohne dafs dieselben sich vorläufig in ein bestimmtes System bringen lassen. Auffallend war das seltene Vorkommen von Glykosurie. Das specifische Gewicht war meist erhöht. Verf. will seine Untersuchungen fortsetzen, insbesonders, was die Tagesmenge des Urins und der festen Bestandteile betrifft und hofft im Laufe der Zeit doch Einiges über den Zusammenhang von Hautkrankheiten und Nierensekretion zu ergründen.

v. Hofmann-Wien.

Rheumatic albuminuria. Von Weber. (Edinb. Med. Journ., Jan. 1900, ref. Brit. Med. Journ., Febr. 29, 1900).

W. berichtet über einen 41jährigen Pat., bei welchem im Verlaufe eines mehrmals recidivierenden Gelenksrheumatismus bei jeder neuen Attaque Eiweifs und Cylinder im Urin auftraten. W. hält diese Erscheinung für keine zufällige, sondern betrachtet das Zusammentreffen von Gelenkssymptomen, Fieber und Nierenaffektion als rheumatischen Symptomenkomplex.

v. Hofmann-Wien.

Bedeutung für die im Harn gefundenen Epithelien für die Diagnose. Von Dr. A. Memelsdorf, Chicago. (New York. Medic. Wochenschr. Dez. 1899.)

Die Versuche, aus den zelligen Beimischungen des Harnsediments einen Schlufs auf den Sitz der Erkrankung zu machen, haben bisher bekanntlich zu keinem Resultat geführt, selbst die für die Diagnose einer Pyelitis so lange als charakteristisch angesehenen, geschwänzten und dachziegelförmig gelagerten Epithelien des Nierenbeckens haben einer ernsthaften Kritik nicht stand halten können. Es wäre deshalb nicht zu verwundern, wenn es den

sehr mühsamen Arbeiten des Verfassers, die teilweise im Laboratorium von Louis Heitzmann ausgeführt worden sind, ebenso erginge. Memelsdorf schätzt die Gröfse der Epithelien an der Gröfse der gleichzeitig gefundenen Eiterkörperchen, die die kleinsten im Harne vorkommenden granulierten Körperchen sind und stellt für die Epithelien der verschiedenen Abschnitte des Urogenitalapparates eine Skala auf. Welche Schwierigkeiten eine derartige Diagnose hat und wie sehr sie subjektivem Ermessen unterworfen ist, geht schon daraus hervor, dafs nach des Verf. eigenen Angaben die Gröfse der Eiterkörperchen, sowohl bei den verschiedenen Individuen, als auch bei demselben Individuum schwankt und dafs einzelne Abschnitte des Urogenitalsystems, wie Ureter, Prostata und Cervix uteri gleich grofse Epithelien aufweisen. Gemeingut der praktischen Ärzte wird die Methode des Verf. selbst dann kaum werden, wenn sie bei einer Nachprüfung sich als einwandsfrei erweisen sollte, erfordert doch die Durchforschung eines Harnes nach des Verf. eigenen Angaben häufig 2—3 Stunden, aber auch Spezialisten dürften kaum Anhänger einer Methode werden, die dem Ermessen des einzelnen so viel Spielraum bei der Beurteilung läfst. Ludwig Manasse-Berlin.

Lésions rénales et hépatiques dans un cas d'intoxication alimentaire. Von P. H. Papillon. (La Presse Méd. Nr. 14, 14. Febr. 1900.)

Ein rasch letal verlaufender Fall nach Genufs von Gänseleberpastete zeigte 1. in den Nieren ausgedehnte Epithelveränderungen wie nach Cholera und Diphtherie, 2. in der Leber neben einzelnen parenchymatösen Herden, okerfarbiges Pigmentinfiltrat in den Leberzellen. P. weist gelegentlich dieses Falles auf die Blutveränderung nach Vergiftung mit Nahrungsmitteln hin und erwähnt noch hinsichtlich des klinischen Verlaufes, dafs Nesselausschlag aufgetreten war und choleraartige Erscheinungen während des rapiden Krankheitsverlaufes in den Vordergrund traten. Sedlmayer-Strafsburg i. E.

Les fonctions rénales dans les néphrites chroniques. Von Léon Bernard. (La Presse Méd. Nr. 8, 27. Jan. 1900.)

Auf Grund von 21 Beobachtungen an Kranken mit chronischen Nierenerkrankungen hat B. festgestellt:

Bei interstitieller Nephritis, gleichgültig welcher Provenienz, ist zu Anfang die Harnausscheidung verringert; bei parenchymatöser Nephritis ist dies erst in der zweiten Periode der Erkrankung der Fall und treten anfangs Ödeme und Albuminurie in den Vordergrund.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Les fonctions rénales dans les états urémiques. Von Widal. (La Presse Méd. Nr. 12, 10. Febr. 1900.)

Merklen weist in der Fortsetzung darauf hin, dafs ihm Bernards, Achards und Widals Ansicht, die Herabminderung der Durchgängigkeit der Nieren und das Auftreten urämischer Erscheinungen kongruierten nicht, überzeugend sei; doch will er vor allen als charakteristisch für die Niereninsufficienz die klinischen Erscheinungen — Abnahme der Quantität des Urins, des spezifischen Gewichts, der Harnsäure — um so mehr hervorheben, als der urämische Anfall das Produkt verschiedener Faktoren, wie Bernhard so treffend

hervorhob, — der Intoxikation, der Infektion und der Cirkulationsstörungen — ist. Achard läfst diese Ansicht gelten, hebt aber hervor, dafs durch seine Angaben nicht nur gezeigt wird, was die Nieren ausscheiden, sondern auch, was sie vom Blute aufnehmen. Menotrier hält die Harnsäurebeobachtungen um so wichtiger, als Vermehrung von Harnsäure im Blute Urämischer feststeht. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. Von L. Bernard. (La Presse Méd. Nr. 14, 17. Febr. 1900.)

B. tritt in einer geistvoll durchdachten Studie, die er experimentell, klinisch und anatomisch begründet, der Auffassung entgegen, „dafs Undurchlässigkeit der Niere", „ungenügende Thätigkeit der Niere" und „Uraemie" synonyme Begriffe wären, widerspricht den „gemischten" Formen von Nierenentzündung und hält die sogenannte parenchymatöse und die interstitielle Form distinkt auseinander als verschiedene Krankheitsformen, verschieden in ihrer Entwicklung, in ihren klinischen und physiologisch-pathologischen Erscheinungen.

Die beiden Hauptsätze, die B. aufstellt, sind: 1. Die Durchgängigkeit der Nieren ist nicht in allen Formen ihrer Entzündung gleichmäfsig vermindert; es giebt Nierenentzündungen mit und solche ohne durchgängige Nieren; 2. zwischen Auftreten urämischer Erscheinungen und Undurchgängigkeit der Nieren besteht ein notwendiger Zusammenhang nicht.

Von weittragendster Bedeutung sind die Konsequenzen dieser Sätze für die Prognose chronischer Nierenentzündungen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Des méthodes propres á apprécier l'état des fonctions renales. Von Vaquez, Achard und Widal. (La Presse Méd. Nr. 14, 14. Febr. 1900.)

V. widerspricht in der Debatte über Bernards Vortrag „les fonctions du rein dans les néphrites chroniques" den Schlüssen, die dieser, auf seine Forschungen gestützt, gezogen, durch folgende Gegenbehauptungen: 1. Die chemische Analyse des Urins bietet für die einzelnen Nierenentzündungen nichts, was Wert für die Differentialdiagnostik hat; 2. die Frage der Toxicität des Urins ist jetzt noch nicht genügend geklärt; 3. was die Prüfung mit der Durchgängigkeit von Methylenblau angeht, so beweist, wie Lépine schon hervorgehoben, der positive Befund nicht, ob die Niere auch für andere Substanzen, indifferente oder schädliche, durchgängig ist. Viel Zukunft hat nach V. die Kryoskopie.

A. weist auf die Kompliziertheit des Baues der Niere hin, die weder die Eigenschaften eines feinen, noch die eines groben Filters allein hat, sondern beide Eigenschaften zusammen und diejenige dazu hat, welche die Physiker als „halbdurchlässige Membran" bezeichnen. Zur Gewinnung eines Urteils über den funktionellen Zustand der Nieren ist man auf klinische Beobachtungen, d. i. die Analysierung des Urins, und auf experimentelle, d. i. die Methylenblauprobe, angewiesen. Die Prognose der Urämie liegt eben-

sowenig wie deren Entstehung ausschliefslich in der Durchlässigkeit der Nieren.

W. weist darauf hin, dafs das Methylenblau nicht vollständig mit dem Urin wieder ausgeschieden wird, sondern dafs ein Teil in den Geweben zum Zerfall gelangt. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Les fonctions rénales dans les états urémiques. Von F. Widal. (La Presse Méd. Nr. 11, 7. Febr. 1900.)

W. weist auf die Verschiedenheit der interstitiellen Nephritis von der parenchymatösen in ihren ersten Erscheinungen, in ihrer Veranlassung, in dem Unterschied der pathologisch anatomischen Veränderungen und im klinischen Bilde hin, und betont, dafs im Laufe der Erkrankung die klinischen Erscheinungen sich vermischen.

Wenn auch bei der erstgenannten Nierenerkrankung urämische Erscheinungen öfter beobachtet werden, so treten bei Beginn und im Verlauf parenchymatöser Erkrankungen doch auch solche auf. Die von Aschard und Castaigne angegebene subkutane Injektion von Methylenblau giebt differentialdiagnostisch sichere Anhaltspunkte.

Bei der im allgemeinen häufigeren interstitiellen Nephritis ist die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren vermindert und verlangsamt, bei der rein parenchymatösen Nephritis ist, wie Bard zuerst gezeigt hat, diese Ausscheidung normal, selbst beschleunigt. Widal führt weitere eigene Beobachtungen in diesem Sinne an.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Zur Behandlung der Nephritis mit Mineralwässern und Bädern. Von Schlagintweit. (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 1899, Bd. III, Heft VII.)

Die vorliegende Monographie will der vielfach plan- und kritiklosen Anwendung der Mineralwässer bei Nierenkrankheiten entgegentreten und auf Grund von Beobachtungen, die der Verf. an etwa 100 Nephritikern aller Formen und Stadien an den Quellen von Brückenau angestellt, möglichst bestimmte Indikationen für die Behandlung von Nierenkranken mit Brunnenkuren, speziell mit den Bädern und Quellen von Brückenau formulieren. Danach ist für die chronisch diffuse, parenchymatöse, nicht indurative Nephritis der Nutzen einer reichlichen Flüssigkeitszufuhr erwiesen, ebenso ist eine reichliche Durchspülung indiziert bei Infektionskrankheiten mit Beteiligung der Nieren. Auch bei Arteriosklerose der Nieren ohne Entzündung des Parenchyms wurde durch Trinkkuren ein günstiger Erfolg erzielt, ferner konnten 3 Fälle von chronischer Gonorrhoe mit Eiweifsausscheidung durch den Gebrauch der Wernarzer Quelle in Brückenau geheilt werden. Stets ist, wie Verf. betont, im Verlaufe der Kur das spezifische Gewicht und der Eiweifsgehalt des Urins zu kontrollieren; besondere Aufmerksamkeit ist der Herzthätigkeit zuzuwenden, die übrigens durch die kohlensauren Sool- und Stahlbäder von Brückenau sehr günstig beeinflufst wird. Kontraindiziert ist grofse Flüssigkeitszufuhr bei mehr akuten Prozessen und bei der Schrumpfniere. — Paul Cohn-Berlin.

Ascite opalescente et dichroïque chez deux enfants atteints de néphrite chronique. Von Variot. (La Presse Méd. Nr. 20, 10. März 1900.)

Die Fälle sind dadurch besonders interessant, dafs nicht nur die Ascitesflüssigkeit opalescent, sondern auch das Blutserum milchigtrüb und der Urin sehr fettreich (schwache Chylurie) war und läfst die Frage offen, wie weit die fortgesetzte Ernährung mit Milch auf die vorliegende Säfteveränderung von Einflufs war. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die Konzentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie. Von Lindemann. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1899, Bd. 65, H. 1, 2. S. 1—80.

1. Teil: Konzentration des Harnes. (S. 1—58.)

L. hat bei Nierenkrankheiten, bei febrilen Albuminurien, bei Erkrankungen der Harnwege die Konzentration des Harnes durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung nach dem Vorgang Koranyis festgestellt. Die Gefrierpunktserniedrigung einer Lösung ist proportional ihrem osmotischen Druck; dieser ihrer molekularen Konzentration; Lösungen, welche gleich viele Moleküle enthalten, haben die gleiche Gefrierpunktserniedrigung, gleichgültig, ob diese Moleküle leicht oder schwer sind; da letzterer Umstand für das spezifische Gewicht mafsgebend ist, so läfst sich die Konzentration, die Menge der eliminierten Stoffe aus dem spezifischen Gewicht nicht ersehen, dagegen wohl aus der Gefrierpunktserniedrigung.

L. hat nun in den Harnen aufserdem bestimmt: Menge, spezif. Gewicht, Stickstoff, Kochsalz.

I. Normaler Harn besitzt bei einer mittleren Harnmenge von 1200—2000 ccm meistens eine Gefrierpunktserniedrigung zwischen — 1,30 und — 2,30°; extreme Werte, wie — 0,90° und — 2,73° sind vereinzelte Ausnahmen.

II. Stauungsnierenharne haben eine normale (oder erhöhte) Konzentration; nur bei Kollaps sinkt mit der Harnmenge auch die Konzentration, während das spezifische Gewicht unverändert bleiben kann, (6 Fälle, 29 Bestimmungen).

III. Bei Nierenentzündungen ist die Konzentration des Harns dagegen verringert; bei mittleren Harnmengen ist die Gefrierpunktserniedrigung meistens unter — 1,00°. Bei parenchymatösen Nephritiden ist die Konzentrationsverminderung viel bedeutender, als bei interstitiellen Nephritiden. Ein Unterschied zwischen akuten und chronischen parenchymatösen Nephritiden ist nicht zu erkennen; jedoch bewegt sich bei eintretender Heilung einer akuten Nephritis die Gefrierpunktserniedrigung auf die normalen Werte zu. Gehen parenchymatöse Nephritiden in sekundäre Schrumpfung über, so nehmen die Gefrierpunktswerte zu.

IV. Bei febrilen Albuminurien, bei Cystitiden und Pyelitiden ist die Harnkonzentration durchaus normal. Kollapse bewirken Verminderung der Menge und der Konzentration des Harnes; tritt bei Cysto-

pyelitis eine Verminderung der Konzentration des Harnes bei mittleren Harnmengen ein, so ist ein Übergreifen des Entzündungsprozesses vom Nierenbecken auf das Nierengewebe sehr wahrscheinlich.

2. Teil: Die Konzentration des Blutes bei Nierenkrankheiten, ein Beitrag zur Lehre von der Urämie. S. 58—80.

L. hat ferner 11 mal in Aderlaſsblut von Nephritikern mit oder ohne Urämie den Gefrierpunkt des Blutserums bestimmt. Endlich suchte er bei Hunden durch Injektion hochkonzentrierter Lösungen indifferenter Stoffe ins Blut (10% Cl Na, 17% CO_3Na_2, 16% Harnstoff) die Wirkungen der Konzentrationssteigerung des Blutes an und für sich kennen zu lernen. Er hatte folgende Ergebnisse:

1. Bei Nierenentzündungen ist die Konzentration des Blutserums eine normale, so lange keine urämischen Symptome bestehen.

2. Tritt Urämie ein, so ist die Konzentration des Blutserums erhöht; der Gefrierpunkt erreicht Werte bis zu $-0{,}70^0$.

3. Diese Erhöhung des osmotischen Druckes im Blut erklärt die meisten Befunde bei der Urämie.

4. Die Erscheinungen, welche nach Injektion groſser Mengen konzentrierter Salzlösungen in die Blutbahn auftreten, sind dieselben wie bei der Urämie; sie treten mit der Konzentrationserhöhung des Blutes auf, wenn die Elimination der angehäuften Stoffe aus dem Blute nicht mehr vor sich gehen kann, weil die Aufnahmefähigkeit der Gewebe und Organe des Körpers erschöpft ist.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Experimentelles über den Aderlaſs bei Urämie. Von P. F. Richter. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 7.)

R. hat versucht, der von verschiedenen Autoren aufgestellten Behauptung, daſs der Aderlaſs mit oder ohne nachfolgende Kochsalzinfusion in vielen Fällen von Urämie eine eklatante, manchmal direkt lebensrettende Wirkung ausübe, experimentell näher zu treten, und zwar speziell mit Rücksicht auf die Frage, wie der Aderlaſs auf die molekuläre Konzentration, resp. die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes, die doch ebenso wie die Urämie den Ausdruck einer mehr oder weniger gestörten Nierenfunktion repräsentiert, wirkt; wobei Verf. es unentschieden lassen will, ob die erhöhte molekuläre Konzentration des Blutes und die Urämie in einem ursächlichen Zusammenhange stehen, obwohl er fast konstant beim Auftreten letzterer auch das Vorhandensein der ersteren feststellen konnte. Die Experimente ergaben, daſs, wenn an Kaninchen durch Einspritzung von Nierengiften, wie Cantharidin oder Aloïn, eine allmählich sich entwickelnde Niereninsufficienz und dementsprechend eine erhöhte molekuläre Konzentration des Blutes erzeugt wurde, der Aderlaſs diesen abnormen Zustand des Blutes nicht beeinflussen konnte. Dasselbe Resultat wurde erhalten, wenn die molekuläre Konzentration des Blutes entweder durch einmalige groſse Gaben von Nierengiften oder durch vollkommene Ausschaltung der Nieren mittelst Nephrektomie plötzlich in die Höhe getrieben wurde; auch hier rief der Aderlaſs mit oder ohne Kochsalzinfusion keine wesentliche Verminderung

des osmotischen Druckes hervor, womit Verf. die von anderen Autoren mit dem Aderlafs bei Urämie gemachten Erfahrungen nicht bestreiten will.

Paul Cohn-Berlin.

Tuberculose rénale. Nephrectomie. Von Albarran. (Bull. et Mem. de la Soc. de Chir., Okt. 11, 1899.)

Bei einem 34jährigen Mann waren seit 4 Monaten Erscheinungen von Cystitis aufgetreten. Im Urine fand man, Tuberkelbazillen. Bei der Cystoskopie zeigte sich die linke Ureterenmündung von zottigem Aussehen. Als man hierauf die Ureteren katheterisierte, gewann man von der rechten Niere einen vollkommen klaren, von der linken einen trüben, verschiedene Bakterien, darunter auch Tuberkelbazillen enthaltenden Urin. Linksseitige Nephrektomie. 24 Stunden nach der Operation entleerte der Patient vollständig klaren Urin.

v. Hofmann-Wien.

Tubercules dans les capsules surrénales, sans symptomes addissonniens. Von Michaux. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris, Nov. 1899.)

Präparat von einem 27 Jahre alten Phthisiker, der ein halbes Jahr wegen Blasentuberkulose bei Guyon in Behandlung gewesen war; in der letzten Zeit Infiltration und Erweichungsherde in beiden Lungen. Bei der Obduktion: Knötcheninfiltration an beiden Nieren und Ureteren, der Blase und der Prostata mit beginnender Verkäsung; im übrigen Genitalien gesund; doch sind die beiden Nebennieren infiltriert und neigen zu käsigem Zerfall ohne irgend eine Erscheinung, welche an das Bild der Morb. Addison. erinnerte.

M. giebt dem Gedanken Ausdruck, dafs, vorausgesetzt, die Nieren- und Nebennierenerkrankung seien gleich alt, die Verbreitung der Tuberkel auf arteriellem Wege wahrscheinlich und das Ergriffensein von Ureteren und Blase als konsekutive Erscheinung aufzufassen sei.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

The changes of the mucous membrane of intestines and the changes in the kidneys after transplantation of ureter in the intestines von Kalabin. Wratsch Bd. XX, pg. 1258, 1899. (Ref. Journ. of cut. and gen-ur. diseas. 1900, pg 48.)

Bei einem Hunde, dessen einer Ureter durch Laparatomie in den Darm eingeheilt war, zeigte sich nach einem Jahre diejenige Niere, deren Ureter an normaler Stelle geblieben war, makroskopisch unverändert. (Mikroskopisch wurde nicht untersucht.) Die andere Niere, deren Ureter in den Darm eingeheilt war, zeigte eine bedeutende Zunahme des Bindegewebs im Marke. Das Epithelium der Henleschen Schleifen war geschwollen und vakuolisiert, teilweise käsig degeneriert. Das Epithelium der gewundenen Kanälchen war geschwellt und granuliert, ebenso das Endothel der Bowmannschen Kapseln. Die Nierenkapsel selbst war verdickt und an einigen Stellen mit der Rindensubstanz verbunden. Hier war die Nierenmasse konkav wie bei Infarkten. Die Calices zeigten Anderungen verschiedener Grade. Die Intestinalöffnung des angeheilten Ureters war durchgängig. Der Ureter selbst war normal. Die

Schleimhaut des Darmes unterhalb der Einheilungsstelle zeigte weder makroskopisch noch mikroskopisch eine Veränderung. Barlow-München.

A propos des hématomes consécutifs aux traumatismes du rein. Von Schwartz. (La Presse Méd. Nr. 22, 17. März 1900.)

S. schliefst sich der Ansicht Ricards und Tuffier's an, selbst bei Nierenblutungen, so lange nicht Zeichen von Infektion auftreten, mit dem operativen Eingriff abzuwarten und erwähnt eine schwere Verletzung, die unter Zuhilfenahme von subkutanen Ergotininjektionen heilte.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Traumatisme (écrasement) du rein; néphrectomie, guérison. Von Ricard. G. Marchaut, Tuffier. (La Presse Méd. Nr. 20, 10. März 1900.)

R. demonstriert eine operativ entfernte Niere. Die Verletzte war von einem Omnibus überfahren worden: schwerer Shok, Bluthamen, grofser Bluterguſs in der linken Fossa iliac. R. wartete zunächst ab; der Bluterguſs nahm etwas zu, der Urin ist vom 4. Tage ab nicht mehr blutig. Temp. normal. Am 7. Tage stieg die Temp. rasch auf 39°: ausgiebiger Lumbalschnitt, Entfernung von viel Blut und Eiter. Die Ausschälung der ganz zerquetschten Niere war sehr schwierig, die Ligatur der Art. renal. war unmöglich. Anlegung eines Schiebers auf 48 Stunden. Jetzt, 5 Tage nach der Operation, guter Verlauf. M. spricht sich dahin aus, dafs es nicht immer ratsam, Infektionserscheinungen abzuwarten; er ist für sofortigen Eingriff, wenn ein Hämatom in der Lumbalgegend deutlich auftritt; so kann das Leben des Verletzten fast sicher und oft auch noch die verletzte Niere, deren Wunden genäht werden können, erhalten bleiben. T. neigt zur Ansicht von R., falls nicht Blutungen eine dringende Indikation geben.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

The causes and treatment of movable kidney. Von Mausell-Moullin. (Brit. Med. Journ., March 10, 1900.)

Nachdem der Verf. in detaillierter Weise die topographisch-anatomischen Verhältnisse der Nieren besprochen hat, geht er näher auf die verschiedenen Theorien der Entstehung der Wanderniere ein. Was die Therapie betrifft, so empfiehlt er in leichteren Fällen Bandagen, ist aber das Leiden vorgeschritten und macht es sehr starke Beschwerden, so bleibt nichts übrig, als die Nephropexis vorzunehmen. v. Hofmann-Wien.

Sur l'importance de la chirurgie plastique dans la dilatation du rein (néphrectasie). (The Lancet 1899.) Von Henry Morris.

M. hat eine grofse Zahl von Hydronephrosen untersucht und 26 mal den Sitz des Hindernisses im Ureter gefunden: Schleimhautklappen, Narben, Druck durch einen Ast der Art. renal., Steine, fibröse Fascien, Drehung um die Achse, Kompression durch Lymphdrüsen, Umwandlung des Ureters in einen undurchgängigen Strang. Therapeutisch empfiehlt M. Anlegung einer Ureterenfistel oder Nephrektomie als die sicherten Eingriffe. Katheterisierung des Ureters von der Blase aus widerrät M. hier wegen des kurzen Erfolges, der Schmerzhaftigkeit und des oft auftretenden Harnfiebers.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hydronéphrose par kyste hydatique du rein; nephrectomie. Von Tuffier. (La Presse Méd. Nr. 14, 17. Febr. 1900.)

Demonstration eines Präparates, das T. gelegentlich der Operation an einer Kranken gewonnen hatte: am unteren Ende der Niere safs eine Echinokokkencyste, nach deren Punktion er einen zweiten Sack bemerkte, der in den ersten sich vorwölbte, die Hälfte der Niere einnahm und Urin enthielt. T. hält einen Zweifel an dem kausalen Zusammenhang zwischen der Hydronephrose und der Echinococcuscyste für ausgeschlossen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Nephrectomy. Von Barling. (Brit. Med. Journ., Febr. 24, 1900.)

B. demonstrierte in der Midland Med. Society eine Niere, welche er einer 49jährigen Frau entfernt hatte. In derselben fand sich eine Abscefshöhle, welche über 100 ccm Eiter enthielt. Im Nierenbecken war ein Stein eingeklemmt. v. Hofmann-Wien.

Anurie complète de sept jours, sans urémie, chez un malade atteint de lithiase rénale, de ramollissement cérébral et protubérantiel, de cirrhose hépatique, de myocardite et d'aortite chronique. Von L. Rénon und Merklen. (La Presse Méd. Nr. 14, 14. Februar 1900.)

R. führt die Anurie als am wahrscheinlichsten auf die in den Nieren gefundenen Uratsteine zurück und weist auf die komplizierenden Momente hin, welche zum Zustandekommen von Uraemie gehören mögen; hier traten, trotz 7tägiger kompletter Anurie keinerlei Störungen auf. M. betont, dafs bei Anurie, die durch Steine verursacht ist, Urämie erst am 8. Tage aufzutreten pflegt. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die Varicocele als Teilerscheinung bei Nierentumoren. Von Hauser. (Il horgagni, Juni 1899.)

Bereits Guyon hat auf die diagnostische Wichtigkeit der Varicocele bei Nierensarkom hingewiesen. Sie kommt auf derselben Seite der erkrankten Niere zur Entwickelung. Sie zeigt sich in einem vorgerückteren Alter als die idiopathische, von der sie sich im Aussehen nicht unterscheidet. Wahrscheinlich ist sie auf Kompression der Venae spermaticae durch infiltrierte Lymphdrüsen zurückzuführen. Federer-Teplitz.

Specimen of hypernephroma at the renal pelvis. Von Johnston. (New York Acad. of Med., 10. Okt. 1899.)

J. demonstriert ein Präparat eines haselnussgrofsen goldgelben Tumors welcher aufsen am Nierenbecken safs und auf dieses drückte, ohne den Harnabflufs unmöglich zu machen. Während des Lebens bei dem 48jährigen Patienten keine Symptome. Barlow-München.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Die Therapie der Enuresis. Von Amat. (Bull. Gén. de Thérap. 1899, 8. Nov.)

Verf. läfst alle jene Fälle von Enuresis aufser acht, die mit Phimose,

Blasensteinen etc. in Zusammenhang stehen und bespricht nur diejenigen, welche eine wirkliche Neurose darstellen. Bei letzteren kann man verschiedene Varietäten unterscheiden, die alle eine gesonderte Behandlung erfordern. So giebt es Fälle, bei denen die Muskulatur der Blase für eine Ausdehnung aufserordentlich empfindlich ist und zwar vor allem während der Nacht. Hier sind Brompräparate, Opium, Belladonna, Atropin am Platze. Bei einer weiteren Varietät ist eine Hyperästhesie der Blasen- und Harnröhrenschleimhaut vorhanden. Solche Fälle werden am besten mit Brompräparaten, Valeriana und vor allem mit Cupr. sulfur. ammoniat. behandelt. Eine dritte Varietät ist dadurch charakterisiert, dafs der Sphinkter vesicae nicht genügend kontraktionsfähig ist. Strychnin und Elektricität sind für solche Fälle von Nutzen. Dreysel-Leipzig.

Über Bakteriurie. Von Predöhle. (Münch. Med. Wochenschr. 1899, Nr. 45.)

P. bezeichnet als Bakteriurie das Auftreten von Mikroben im frisch gelassenen Urin ohne klinische Anzeichen entzündlicher Erkrankungen der Harnwege, ohne nachweisbare Ursache; erkranken die Harnwege sekundär infolge der Bakteriurie, so subsummiert er diese Cystitiden, Pyelitiden, Nephritiden, Genitalaffektionen gleichwohl unter die Krankheitsbezeichnung „Bakteriurie". P. hat 7 derartige „Bakteriurien" genauer verfolgt; sie betrafen weibliche Personen; stets wurde die Art der Mikroben als Colibacillus bestimmt. Die Mikroben dringen nach P. metastatisch vom Darm aus durch die Nieren in die Harnwege ein; in den Nieren können sie durch Verstopfung feinster Kapillaren zu Embolie und Infarkt führen, in den Genitalien zu schwerer Erkrankung. 2 Beispiele hierfür werden ausführlich mitgeteilt.

1. Fall: 23jähr. Frau; als Kind leichte Blinddarmentzündung, im 13. Jahr Typhus; Ende VII heftiger Schnupfen und Husten, mufste sich einmal längere Zeit den Harndrang verhalten. Um diese Zeit zuerst rechts Nierenschmerzen, im VIII. Harntrübung, Harndrang, Brennen beim Harnen, später nicht mehr. Im nächsten Halbjahr treten nun alle paar Wochen mit Fieber und schwerer Störung des Allgemeinbefindens verbundene rechtsseitige Nierenkoliken auf. Der Urin ist in den ersten Wochen stets leicht trüb, später nur morgends, zuletzt stets klar. Sowohl der trübe, als auch der klare Urin enthält bei wiederholten Untersuchungen: kein Eiweifs, keine Nierencylinder: zahlreiche Eiterzellen, reichlich Nierenbeckenepithelien; Bact. coli commune in Reinkultur. 13. Febr. Nephrektomie. Die rechte Niere ist zu $^1/_3$ normal, im oberen und unteren Pol grosser 3eckiger Infarkt. Bakteriologisch erwies sich die Niere steril. — Die Pat. ist seitdem gesund geblieben, ihr Harn bakterienfrei geworden.

2. Fall: Frau; Mann leidet an chronischer Gonorrhoe und Striktur; Coliurie; gleichzeitig rechtsseitige, später l. Perimetritis.

Man kann nur sagen, dafs P. weder in dem 1., noch in dem 2. Fall der Nachweis geglückt ist, dafs der Niereninfarkt, bez. die Perimetritis die ausschliefsliche Folge der Coliurie gewesen ist; einen derartigen, durchaus einwandsfreien Nachweis mufs man aber verlangen, wenn man die weite

Ausdehnung, die P. dem Begriff „Bakteriurie“ giebt, anerkennen soll. Es dürfte doch viel klärender wirken, wenn man bei der strikten Definition bliebe: Bakteriurie ist dasjenige Wachstum von Bakterien im Harn, welches nicht zur Erkrankung der Harnwege führt.

Goldberg (Köln)-Wildungen.

Beitrag zur Bakteriurie. Von A. Seelig. (Allg. med. Centralzeitung 1899, Nr. 43.)

Verf. hat eine grofse Zahl von gesunden und darmkranken Kindern auf Bakteriurie untersucht und stets den Harn steril gefunden. Es führt also eine einfache Störung der Darmfunktion nicht jedesmal zum Austritt von Bakterien aus dem Darm. Für die Bakteriurie ist im allgemeinen der direkte Austritt vom Darm in die Blase der häufigste Weg. Infektion von der Urethra, Nieren und den weiblichen Genitalien ist seltener. Gegen eine Verbreitung der Bakterien auf dem Wege der Blutbahn spricht der Umstand, dafs die gewöhnliche Bakteriurie ohne Fieber verläuft. Die direkte Überwanderung geschieht beim Manne hauptsächlich durch die Prostata und die Samenbläschen. Hierher gehören auch die Fälle der Bakteriurie resp. Cystitis der Prostatiker, die oft plötzlich ohne bekannte Ursache entstehen.

Federer-Teplitz.

Cystoscopy and catheterisation of the ureters in the male. Von Kelly. (Annales of Surgery. April 1898.)

K. empfiehlt zur Kystoskopie gerade, mit einem Konduktor versehene Metalltuben, ähnlich denen, wie sie bei der Endoskopie der Harnröhre verwendet werden. Die Untersuchung wird in Knieellbogenlage vorgenommen und das Licht von aufsen in die Blase reflektiert. Die Technik soll sehr einfach und viel leichter zu erlernen sein als die des Nietzeschen oder Kasperschen Instrumentes (?). Verf. giebt der Hoffnung Ausdruck, dafs durch diese Art der Endoskopie verschiedene endovesikale Eingriffe wesentlich leichter und einfacher gestaltet werden dürften. v. Hofmann-Wien.

A propos de la cure des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement. Von Bazy. (La Presse Méd. Nr. 22, 17. März 1900.)

B. spricht sich äufserst lobend über diese von Ricard angegebene Methode aus, durch die es allein möglich ist, die manchmal nach Entbindungen zurückgebliebenen ausgedehnten Fisteln zu beseitigen. Um nachfolgende Bildung von Phosphatsteinen zu vermeiden, läfst B. die Operierten zunächst reichlich diuretische Wässer trinken und einige Zeit ausschliefslich durch Milch ernähren. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Traitement des fistules génito-urinaires. Von Mangiagalli. (Annali di ostetricia e ginecologia 1899.) (La Presse Méd. Nr. 6, 20. Januar 1900.)

Seit 10 Jahren hat M. 38 Fälle operiert; in 3, schon sehr alten Fällen, gelang der vaginale bezw. vulvovaginale Verschlufs. In 6 Fällen von Blasen-Scheidenfisteln kam die Colpotom. ant. in Anwendung; Blase und Uterushals

wurden einzeln vernäht, alle Kranken genasen, auch eine Frau im 4. Monat der Schwangerschaft.

Das amerikanische Verfahren wandte M. 20 mal bei Blasen-Scheidenfisteln an; 15 Kranke genasen sofort, 2 erheischten weitere operative Eingriffe. Der hohe Blasenschnitt zur Anlegung einer endovesikalen Sutur ist nie geglückt. Bei einer Kranken, bei welcher zwei Drittel der vorderen Scheidenwand und die entsprechende Partie der Blase fehlten, trennte M. die Blase vom Uterushals ab, bildete aus der hinteren Blasenwand die untere und ergänzte die zwei hinteren Drittel der vorderen Scheidenwand durch Blase mit Bauchfell. Heilung nach Beseitigung einer kleinen Fistel.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

De la cure des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement. Von Ricard. (La Presse Méd. Nr. 20, 10. März 1900.)

R. empfiehlt die Methode „du dédoublement" an 3 Fällen illustrierend: im 1. Falle handelte es sich um eine hochgelegene Fistel, Heilung in 10 Tagen; im 2. Falle sehr tief gelegene, aber sehr breite Fistel; der Erfolg war fast vollständig; es blieb nur eine kleine Fistel zurück, die wenige Wochen später vollständig geschlossen werden konnte; auch der 3. Fall gelang vollständig; es handelte sich um eine sehr breite Ureteren-Blasen-Scheidenfistel, deren Verschlufs schon dreimal vergeblich versucht worden war. Unter „dédoublement" ist die ringförmige, allseitige, möglichst ausgiebige Spaltung und Losschälung der verwachsenen Organwendungen zu verstehen, durch welche doppelte bewegliche Lappen gewonnen werden.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Painless distension of bladder in women. Von Langstaff. (Amer. Journ. Obstet., Jan. 1900. Ref. Brit. Med. Journ., March 24, 1900.)

Eine 27jährige Frau fühlte, nachdem sie durch 24 Stunden kein Bedürfnis Harn zu lassen empfunden hatte, Schmerzen in der Blasengegend. Die Blase war deutlich palpabel und es entleerten sich auf Katheterismus ca. 1500 Gramm Urin. Diese schmerzlose Urinretention wiederholte sich mehrere Male, ohne dafs eine Ursache für dieselbe nachweisbar gewesen wäre. Schliefslich abortierte die Patientin. v. Hofmann-Wien.

Un cas de dilatation énorme de la vessie, provoquée par un utérus gravide en rétroversion et enclavé dans le bassin. Von Dr. Hannecart (Bruxelles). (Annal. de la société belge de chirurg. Nr. 1, Januar 1900.)

Die einige dreifsig Jahre alte Kranke hatte mehrmals geboren und nie Störungen am Urogenitalapparat bemerkt. Seit 4 Monaten Regeln ausgeblieben, Auftreten von ziehenden Schmerzen in die unterste Bauchgegend, Schwere in der Lendengegend, ausstrahlende Empfindungen nach der Gesässgegend, hartnäckige Verstopfung. Nie Urinstörungen, uriniert überhaupt etwas öfter; Urin normal. Leibesumfang nimmt zu, besonders gewaltig in den letzten 14 Tagen. Vulva und untere Gliedmafsen stark ödematös. Der die vordere Bauchgegend einnehmende Tumor ist scharf umgrenzt und steht 3 Finger breit über dem Nabel. Der Cervix nicht zu fühlen; bei der kom-

binierten Scheiden-Mastdarmuntersuchung sind 2 voneinander unabhängige Tumoren festzustellen, ein mehr elastischer im grofsen, ein härterer im kleinen Becken. Die Entleerung von 4 bis 5 Litern Urin läfst den ersteren verschwinden (Urin klar und geruchlos), der andere, der gravide retrovertierte Uterus, ist in Narkose mit der in die Scheide eingeführte Hand leicht zurückzubringen und ein Monat lang durch ein Hodgesches Pessar in seiner Lage unterstützt. Die Schwangerschaft erlitt keine Unterbrechung.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme. Von Zuckerkandl. (Wiener med. Presse, Nr. 12, 1900.)

Trotzdem schon vor längerer Zeit darauf hingewiesen wurde, dafs lange bestehende Harnretention mit Drucksteigerung Verdauungsstörungen hervorruft, findet diese Thatsache doch nicht die gebührende Beachtung. Es ist in erster Linie die inkomplete chronische Retention der Prostatiker, welche Störungen im Verdauungsapparate verursacht, aber es können auch Urethralstrikturen, sowie primäre motorische Insufficienz des gesamten harntreibenden Apparates daran schuld sein. Z. geht des näheren auf die Symptome dieser Erkrankung ein, von denen besonders das vermehrte Durstgefühl eines der ersten ist, während Appetitlosigkeit, Erbrechen etc. sich erst später einstellen. Die Diagnose ist sehr leicht, wenn man nur an das Vorkommen einer derartigen Erkrankung denkt. Die einzige Möglichkeit einer Heilung ist in der Entleerung der Blase gegeben. Es mufs daher, selbstverständlich unter peinlichster Einhaltung der anti- resp. aseptischen Vorschriften, der Katheterismus durch längere Zeit vorgenommen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dafs man die Blase nicht gleich die ersten Male vollständig entleeren darf, sondern sich zunächst damit begnügen mufs, 200—300 cm abzulassen und erst allmählich zur vollständigen Entleerung der Blase zu schreiten. Vernachlässigung dieser Vorschrift könnte sehr unangenehme Folgen (Blutung, Kollaps) haben. von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Symptomatologie des eingeklemmten Harnblasenbruches. Von Dr. E. Martin in Köln. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 54. Bd., Heft 556.)

Verf. berichtet folgenden Fall:

Um das Wesentliche zusammenzufassen handelt es sich um einen 51 jährigen Mann, bei dem es infolge einer stärkeren Anstrengung der Bauchpresse zur plötzlichen Einklemmung eines schon lange bestehenden, bisher stets reponiblen Leistenbruches kam. Patient hatte seit der Einklemmung des Bruches ausgeprägte Urinbeschwerden, brennenden Schmerz in der Urethra beim Urinieren und sehr heftigen Harndrang; Stuhl erfolgte noch nach der Einklemmung; es soll einmaliges Erbrechen aufgetreten sein. Wir finden demnach in dem Falle keinerlei charakteristische Darminkarcerationserscheinungen, dagegen ganz deutliche Blaseneinklemmungserscheinungen. Die Operation ergab, dafs es sich um eine Blasenhernie ohne Bruchsack handelt.

Auf Grund dieser Beobachtung und an der Hand von 16 aus der Litteratur gesammelter Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Es giebt eine wirkliche Brucheinklemmung der Harnblase, die zu Cirkulations- und Ernährungsstörungen der Blasenwand führen kann. Die Brucheinklemmung der Blase erzeugt nicht das Bild der Darminkarceration, sondern nur einen ähnlichen, aber wohl zu unterscheidenden Symptomenkomplex. Die Einklemmung der Blase geht des öfteren, wahrscheinlich aber in der Regel, mit charakteristischen Blasenerscheinungen einher.

Jacoby-Berlin.

Verletzung der Blasenschleimhaut durch Contusion der Unterbauchgegend. Von Schnitzler. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 10, 1900.)

Der 15jährige Pat. führte seine Beschwerden (vermehrte Urinfrequenz, Hämaturie und Schmerzen) darauf zurück, dafs er 8 Tage vor der Spitalaufnahme einen schweren Handwagen ziehen mufste, wobei der Gurt, mittelst dessen er zog, über die Unterbauchgegend verlief. Bei der kystoskopischen Untersuchung fand man an der vorderen Blasenwand zwei kleine Schleimhautrisse. Glatte Heilung.

von Hofmann-Wien.

Penetrating wound of the bladder and rectum from the buttock recovery. Von Dodd. (Brit. Med. Journ. Feb. 24, 1900.)

Der Pat. fiel auf einen mächtigen Eisenhaken, dessen Spitze 5 cm oberhalb des Anus eindrang, und Rektum, Prostata und hintere Blasenwand perforierte. Beim Katheterismus entleerte sich nur Blut. Erweiterung und Reinigung der Wunde, Blutstillung. Zunächst Verweilkatheter, nach 3 Tagen, da derselbe schlecht vertragen wurde, 3 mal täglich Katheterismus und Blasenspülung. Vollständige Heilung mit Wiederherstellung der Funktion im Laufe von $2^1/_2$ Monaten.

von Hofmann-Wien.

Corps étranger de la vessie chez une petite fille de trois ans. Von Morestin. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris, Nov. 1899.)

Am 1. August kam das Kind weinend zur Mutter mit der Klage: „qu'elle avait perdu une épingle dans son bibi.“ Schmerzen beim Urinieren, häufiges Urinieren. Vergebens wurde zunächst nach einem Fremdkörper in der Blase und dann in der Scheide gefahndet. Zweimaliges „Röntgen“ liefs einen dicken Nagel erkennen; Spitze hinter der Symphyse, Kopf dieselbe überragend. Die beiden innerhalb weniger Stunden gemachten Aufnahmen liefsen den Kopf einmal rechts, das andere Mal links von der Mittellinie erkennen.

Am 5. August wird in Narkose zunächst Vulva und Vagina untersucht: geringe Vulvitis, Hymen intakt, doch Öffnung verhältnismäfsig weit; ein gewöhnlicher weiblicher Katheter konnte leicht eingeführt werden und stiefs bald auf ein Metallstück, das unter Zuhilfenahme einer Sonde mittelst eines gewöhnlichen Schiebers ohne irgend eine Verletzung des Hymens entfernt

werden konnte und sich als 5 cm langer Nagel mit erbsengrossem Kopf erwies. Ausspülung der Scheide mit gekochtem Wasser, Wegbleiben der Beschwerden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Ein Fall von **Phosphaturie mit Phosphatsteinen**, den Klemperer in der „Berliner med. Gesellschaft" am 24./I. 1900 (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 7) demonstriert, war bemerkenswert durch die Hochgradigkeit der Phosphatausscheidungen, die seit 3 Jahren erfolgten und bereits zur Bildung von Blasen- und Nierenkonkrementen geführt hatten, und die weder durch entsprechende Ernährung noch durch medikamentöse Behandlung mit Säuren etc. beeinflufst werden konnten. Der Patient war hochgradig neurasthenisch, es handelte sich also hier um eine Phosphaturie auf nervöser Basis, deren Vorkommen zwar von manchen Autoren bestritten wird, die aber, wie auch ein von Brasch in der Diskussion erwähnter Fall beweist, zweifellos existieren. Die Ursache sieht K. in einer Hyperacidität des Mageninhaltes und einer Atonie der Magenwände. Die Behandlung muss vorwiegend in einer Beruhigung des Nervensystems durch Hydrotherapie, Massage, Elektrizität und namentlich moralische Einwirkung bestehen, daneben mag Obst und Gemüse in der Diät gestrichen und reichliches Wassertrinken verordnet werden. Paul Cohn-Berlin.

Urethro-vesical calculus. Von Mussarat. (Brit. Med. Journ., Febr. 24, 1900.)

M. demonstrierte in der Liverpool Med. Institution einen ca. 5 cm langen, hantelförmigen Blasenharnröhrenstein, welchen er einem 8jährigen Knaben entfernt hatte. v. Hofmann-Wien.

Vesical calculi in females. Von Malins. (Brit. Med. Journ., March 17. 1900.)

M. demonstrierte in der Midland Med. Soc. drei Phosphatsteine von 36, 37 und 38 Gramm Gewicht, welche er durch Vaginalschnitt aus der Blase einer 54jährigen Frau entfernt hatte.

Im Anschlufs an diese Demonstration zeigte Heaton einen ca. 90 Gramm schweren Stein, welchen er bei der Obduktion einer 84jährigen Frau gefunden hatte. Steine von solcher Gröfse sollen bei Frauen enorm selten sein.

v. Hofmann-Wien.

Über die Blasennaht. Von Golischewsky. (Arch. f. klin. Chir. Vol. 60, pag. 643.)

G. tritt für die sofortige Vernähung einer Incisionswunde an der Blase ein, vorausgesetzt dafs keine Cystitis, keine Hypertrophie der Blasenwandung vorhanden ist, dafs keine Hämophilie besteht und die Nieren nicht ernstlich erkrankt sind. Eine hypertrophische Blasenwand macht Gefäfsligaturen notwendig; diese können in das Innere der Blase gelangen und zu Steinen Anlafs geben. G. hat die unmittelbare Blasennaht bei 35 Fällen ausgeführt. Zwei Kranke starben 18 Stunden, resp. 4 Tage nach der Operation infolge Hydronephrose und interstitieller Nephritis. In 5 Fällen fand ein Durchsickern von Urin durch die Blasenwunde statt, das in 3 Fällen durch Ka-

theterbehandlung bald beseitigt wurde. In einem Fall zwang Hämorrhagie zum nochmaligen Öffnen der Blase. Bei den übrigen 27 Fällen trat Genesung ohne Zwischenfall ein. Dreysel-Leipzig.

Papillom der Harnblase. Von Weinlechner. (Wiener klinische Wochenschr. Nr. 12, 1900.)

Der 34 jährige Kranke, welchen W. in der Wiener Gesellschaft der Ärzte vorstellte, litt seit 6 Jahren an Blasenblutungen und schwerem Blasenkatarrh. Bei der Cystoskopie fand sich ein Papillom der linken Blasenwand. Sectio alta. Abtragung des gestielten Papilloms nach Unterbindung des Stieles. Blasendrainage. Heilung. Anschliessend an diesen Fall knüpft der Vortragende einige Bemerkungen über die Indikationen der Blasennaht. Er hält dieselbe nur unter der Voraussetzung für erlaubt, dass keine oder wenigstens nur eine leichte Cystitis besteht. Anderenfalls mufs man die Blase drainieren. v. Hofmann-Wien.

Papillom der Harnblase. Von Pendl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11, 1900.)

P. stellte in der Wiener Gesellschaft der Ärzte einen 49 jährigen Mann vor, welcher seit längerer Zeit an Hämaturie gelitten hatte. Die Cystoskopie ergab: Papillom der rechten Blasenwand. Sectio alta. Excision des Tumors und Vernähung der Wundränder mittelst Katgutsuturen. Vollständige Blasennaht. Drainage des prävesikalen Raumes. Einige Stunden nach der Operation heftige Blasenblutung. Neuerliche Eröffnung der Blase. Entfernung der Coagula. Partielle Blasennaht. Drainage. Vollständige Heilung. v. Hofmann-Wien.

Tuberculose urinaire. Von Leguen. (La Presse Méd. Nr. 18, 3. März 1900.)

Vorstellung eines jungen Mädchens, bei dem wegen tuberkuloser Erkrankung eine Niere mit Ureter vollständig entfernt worden war und das, trotz bestehender Blasen- und Lungentuberkulose, in den ersten 6 Wochen seit der Operation sich soweit erholte, dafs sie 6 Pfund an Gewicht zunahm. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Some interesting genito-urinary specimens. Von Lewis. (Med. Review. Nov. 18, 1899.)

L. demonstrierte in der St. Louis Med. Society eine Anzahl interessanter Präparate, von welchen die wichtigsten hier hervorgehoben werden sollen. Den Anfang bilden zwei anatomische Kuriositäten, ein kompleter doppelter Ureter mit 2 getrennten Blasenmündungen und eine überzählige, rechtsseitige Niere. Sehr interessant ist folgender Befund:

Ein Patient, welcher unter der Diagnose Malaria und chronische parenchymatöse Nephritis in Behandlung gestanden war und jede gonorrhoische Infektion geleugnet hatte, starb unter urämischen Symptomen. Bei der Sektion zeigte sich die rechte Niere von zahlreichen Eiterherden durchsetzt. Kulturen, welche mit diesem Eiter angelegt wurden, ergaben das ausschliefsliche Vorhandensein von Gonokokken. L. hält derartige Fälle für sehr selten. Ein weiterer interessanter Fall war das Auffinden einer ca. 10 cm

langen, mit Phosphaten inkrustierten Weidenrute in der Blase. Den Schlufs der sehr instruktiven Demonstrationen bilden 5 Fälle von hypertrophischer Prostata. von Hofmann-Wien.

Complete double Ureter. Von B. Lewis. (St. Louis Med. Review 1899, 19. Nov.)

L. hat zwei Fälle von doppeltem Ureter derselben Seite beobachtet, in jedem Falle war der Ureter in seiner ganzen Länge doppelt und hatte an der Blase zwei Einmündungsstellen.

Weiter führt Verf. einen Fall an, bei dem sich auf der linken Seite keine Niere fand, auf der rechten dagegen zwei. Die obere war an normaler Stelle, die untere in der Fossa iliaca. Jede dieser beiden Nieren hatte ihren gesonderten Ureter, der an normaler Stelle in die Blase einmündete. Dreysel-Leipzig.

Uretérorraphie. Manuel opératoire et résultat éloigné. Von Dr. Gallet (Bruxelles). (Annal. de la société belge de chirurg. Nr. 1, Januar 1900.)

„Den Ureter wieder vollständig herzustellen, ihm selbst seine Mündung in die Blase in unveränderter Form zu erhalten, das ist der Zweck, der anzustreben ist.“ G. führt zunächst das nötige Instrumentarium an und bespricht dann eingehend die Ausführung der Operation. Ist das Peritoneum unverletzt, so pflegt er nur eine Lage zirkulärer Nähte mit Catgut, sonst eine doppelte tiefere für die Muskel, eine höhere für die Serosa anzuwenden.

G. bespricht zum Schlufs eine ingeniöse Prothese, die er einer Patientin, welche nach einer vaginalen Hysterectomie eine Scheiden-Ureterenfistel zurückbehielt, seit 7 Jahren mit sehr gutem Erfolge tragen läfst. Eine Art pessarium occlusivum, das in einen 10 cm langen Gummischlauch mit verschliessbarem Hahn mündet; das Kaliber des Schlauches gestattet die Einführung eines geraden, doppelläufigen Katheters. Die Kranke leert ihre Vagina täglich 3 oder 4 mal, spült sich täglich die Scheide aus und denkt nicht mehr daran, sich operieren zu lassen. Die Scheideschleimhaut hat sich vollständig in die ihr ungewohnte Rolle gefügt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Implantation of both ureters into sigmoid flexure. Von C. Beck. (Chicago Med. Recorder 1899, Nov.)

Der Kranke B.s litt an Tuberkulose der Blase. Da die Eröffnung und Auskratzung derselben keinen Erfolg hatte, exstirpierte B. das ganze Organ. Die Ureteren wurden ca. einen Zoll vor der Blase durchschnitten und die Enden in die Flexura sigmoidea eingenäht und zwar so, dafs die Ureteren mit ihren Enden etwa $1^1/_2$ Zoll frei in das Lumen des Darmes hineinragten. Der Kranke genas und konnte 5 Wochen nach der Operation den Urin 4 Stunden zurückhalten. Verf. ist der Ansicht, dafs bei seiner Methode die Gefahr einer Pyelonephritis bedeutend vermindert, und dafs das funktionelle Resultat ein viel besseres sei, als bei Implantation der Ureteren in das Rektum. Dreysel-Leipzig.

4. Bücherbesprechungen.

I. **„Anweisung für Kranke, die sich selbst katheterisieren müssen"** und II. **„Anweisung zum Selbstkatheterismus, Ausgabe B,** Begründung, für Ärzte." Von Dr. Goldberg (Köln)-Wildungen. (Verlag von Paul Neubner, Köln a. Rhein.)

„Der Selbstkatheterismus, praktische Winke für Kranke, welche den Katheter gebrauchen müssen." Von Dr. Oberländer in Dresden. Preis 30 Pf. (Verlag von Arthur Georgi in Leipzig.)

Das verflossene Jahr brachte uns die zwei oben genannten Veröffentlichungen über den Selbstkatheterismus, die um so freudiger begrüfst werden müssen, als sie beide wohl geeignet sind, dem Praktiker manche Zeitverluste in der Unterweisung der Patienten zu ersparen. Die Veröffentlichung von Goldberg (I.), welche wesentlich kürzer gehalten ist, als die Oberländersche zerfällt in zwei Teile, die vollständig voneinander getrennt und auch besonders geheftet sind. Der erste Teil soll dem Kranken selbst in die Hand gegeben werden, während der zweite Teil eine Ausgabe für Ärzte darstellt, in der die Begründung des ersten Teiles enthalten ist. Die Goldbergsche Arbeit ist so kurz und bündig, dafs es überflüssig erscheint, ein ausführliches Referat darüber zu geben; nur einige wichtige Punkte seien kurz herausgegriffen: Unter den weichen Kathetern giebt Goldberg den sogenannten Nelatons bezw. Jaques-Patentkathetern den Vorzug, während er die halbelastischen erst in zweiter Linie empfiehlt, unter den letzteren besonders die Marken Vergne, de la Motte und Rüsch. Zum Einfetten wird sterilisiertes Olivenöl empfohlen. Ist es nötig, Blasenspülungen mit dem Katheterismus zu verbinden, so rät G. den Gebrauch der Handspritze; die Anwendung des Irrigators empfiehlt er auch bei der Selbstbehandlung nicht. Die Ausführungen G.s sind sicher sehr beherzigenswert, vor allem auch das, was er in der Abteilung B über die Einschränkung des Selbstkatheterismus sagt (S. 3 und 4).

Kranke, die sich eingehender instruieren wollen, werden von den Oberländerschen Anweisungen (II.) noch besonderen Nutzen haben, da diese viel ausführlicher gehalten sind als die G.s; die reiche Erfahrung O.s., der seit 25 Jahren als Spezialist auf diesem Gebiet praktisch thätig ist, macht das Schriftchen aber aufserdem für seine Fachkollegen und zahlreichen Schüler noch besonders interessant. Die wichtigsten Unterschiede in der Meinung Oberländers und der G.s sind folgende: Oberländer empfiehlt an Stelle der ganz weichen Katheter mehr die halbelastischen (Vergne, de la Motte, Rüsch); nach seiner Erfahrung sind mit diesen, wenn sie nur gut in Ordnung gehalten werden, Reizungen und Verletzungen eher zu vermeiden, als bei Anwendung der ganz weichen Katheter. Öl als Einfettungsmittel wird von Oberländer verworfen; dafür empfiehlt er den Gebrauch von Boroglycerinlanolin, das sich in seiner Praxis gut bewährt hat.

Beherzigenswert sind vor allem auch die Oberländerschen Bemerkungen über die Häufigkeit des Katheterismus im allgemeinen. O. warnt dabei eindringlich davor, zu glauben, dafs man durch richtig ausgeführten

Katheterismus schaden könne; im Gegenteil schade man nur, wenn man in den Fällen, wo der Katheter gebraucht werden soll, diesen zu selten anwendet.

Beachtenswert ist nach des Referenten Meinung auch eine andere Ansicht Oberländers, dafs von einigen Ärzten in den Forderungen bezüglich der Sterilisierung der Instrumente beim Selbstkatheterismus manchmal doch etwas zu weit gegangen wird; ängstliche Patienten werden dadurch unnötigerweise noch mehr erregt, als sie schon ohnedem sind. Damit soll natürlich keineswegs zu leichtsinnigem Handeln aufgefordert werden; man soll aber andererseits auch nicht strengere Mafsregeln dem Patienten vorschreiben, als es sich der praktischen Erfahrung nach als nötig erweisst, und zwar umso weniger, als es sich ja hier nur um Instrumente handelt, die stets bei ein und demselben Kranken und nicht bei verschiedenen angewandt werden. Von diesem Gesichtspunkt aus ist daher auch die Oberländersche Meinung, dafs es nicht nötig sei, beim Selbstkatheterismus die Katheter jedesmal vor und nach dem Gebrauch auskochen zu lassen, zu billigen. In der Hauptsache genügt nach Oberländer die gründliche mechanische Reinigung mit Wasser, Seife u. s. w., sowie die Desinfektion in vertikal stehenden, mit schwacher Sublimatlösung gefüllten Gläsern; selbstverständlich mufs vor der Einführung des Katheters die Sublimatlösung durch Wasser wieder abgespült werden, um Reizungen der Schleimhaut zu vermeiden.

Wenn ein Patient ein übriges thun will, mag er sich auch in einer der von Oberländer in Wort und Bild erläuterten Weisen seine Katheter mit Dampf sterilisieren. Sehr praktisch ist wegen seiner Einfachheit vor allem der auf S. 10 in Fig. 3 abgebildete Sterilisator. Er besteht lediglich aus einer gläsernen Kochflasche, in deren Stöpsel ein konisches, beiderseitig offenes Rohr eingelassen wird, über dessen inneres Ende man den Katheter hinwegschiebt; der Katheter hängt, das Auge zu unterst, in den Innenraum der Flasche herab. Wird das am Boden der Flasche befindliche Wasser erhitzt, so strömt der Wasserdampf nicht nur über seine Aufsenfläche hinweg, sondern er dringt auch durch das Auge in das Innere ein und desinfiziert so auch überall die innere Wandung, bis er zuletzt am Stöpsel der Flasche nach oben abblässt.

Die minimalen Preise der beiden besprochenen Schriften werden sicher dazu beitragen, diese bald in weitesten Kreisen einzuführen.

Kollmann-Leipzig.

Berichtigung: In Heft 4, pag. 213, Z. 25 u. ff. ist die im Centralbl. 1899, pag. 283 veröffentlichte Arbeit: Prostata und Gonorrhoe irrtümlich Goldenberg-New-York zugeschrieben, während dieselbe von Goldberg-Köln-Wildungen verfafst ist. Red.

Partielle Nephrektomie.

Von

J. Verhoogen, Brüssel.

(Ins Deutsche übertragen von Dr. Dreysel-Leipzig.)

Die Nierenchirurgie ist mit ihrer fortschreitenden Entwickelung mehr und mehr konserativ geworden. Vor kaum einigen Jahren noch kannte man nur die Nephrektomie; seitdem haben neue, weniger eingreifende und weniger gefährliche Operationen Eingang in die Praxis gefunden, welche die Funktionen der Niere in viel höherem Grade zu schonen vermögen. Dank der Fortschritte in Diagnostik und Operationstechnik, ist es jetzt nicht mehr nötig, in jedem Falle die Niere zu entfernen. Nephropexie bei Wanderniere, Nephrotomie bei Pyonephrose, Nephrolithotomie bei Nierensteinen gestatten heutzutage Nieren zu erhalten, deren Exstirpation früher nicht zu umgehen war.

Die Vorteile dieser konserativen Methoden sind in die Augen springend, denn es handelt sich um ein für den Organismus unerläſslich notwendiges Organ, dessen Funktionen von keinem anderen irgendwie ersetzt werden können. Das Nierengewebe ist allerdings in überreichlicher Menge vorhanden. Experimente am Hunde haben bewiesen, daſs man nach und nach ungefähr $^2/_3$ des gesamten Nierenparenchyms entfernen kann, ohne daſs es zu urämischen Symptomen kommt. Das restierende eine Drittel vermag zur Genüge die Arbeit zu leisten, die vorher beiden Nieren zukam. Unter normalen Verhältnissen ist dies sicherlich richtig, aber man darf doch nicht vergessen, daſs chirurgische Eingriffe immer nur an pathologisch veränderten Nieren vorgenommen werden. Im allgemeinen vermag die Niere in solchen Fällen nicht mehr in normaler Weise zu funktionieren. Man muſs also darnach

trachten, so wenig als irgend möglich von dem Gewebe zu entfernen, da sonst leicht eine Gefährdung des Lebens eintreten könnte. Es ist dringend nötig, mit dem Nierengewebe sparsam umzugehen und solches nur zu exstirpieren, wenn es unbedingt notwendig ist.

Die konservativen Bestrebungen in der Nierenchirurgie sind eben dem Wunsche entsprungen, das Nierengewebe möglichst zu schonen; sie haben zur partiellen Nephrektomie geführt. Es handelte sich dabei zunächst nur um einen rein theoretischen Gedanken, der sich aber nach den Versuchen von Tuffier als durchaus brauchbar erwies und der durch Kümmel im Jahre 1890 beim Menschen zum ersten Male eine praktische Verwendung fand. Die Methode bezweckt, in der Niere gelegene Tumoren völlig zu entfernen, ohne dabei das ganze Organ zu opfern. Die Thatsache, dafs Nierenaffektionen häufig doppelseitig sind, ferner die Möglichkeit, dafs auch die andere Niere pathologisch verändert sein kann, ohne dafs sich dies immer mit Sicherheit fesstellen läfst, die eventuelle Existenz nur einer einzigen Niere, ermahnen zur Vorsicht und verbieten es, eine Niere in toto zu entfernen, deren Erkrankung nur eine wenig ausgedehnte ist.

Die partielle Nephrektomie kam bisher fafst auschliefslich nur bei benignen, scharf abgegrenzten Tumoren, bei paranephritischen Geschwülsten und bei Cysten in Betracht. Ich habe kürzlich versucht, sie bei einem Falle von Nierentuberkulose mit anscheinend scharf umschriebenen einzelnen Herden anzuwenden, doch war der Erfolg ein schlechter, so dafs ich später zur totalen Entfernung des Organs gezwungen war.

Es handelte sich bei diesem Falle um ein junges Mädchen, dessen Krankengeschichte am Schlusse der Arbeit ausführlich angeführt ist. Die Kranke litt in Folge von Nierentuberkulose an sehr lästigen Harnbeschwerden. Nach Freilegung der Niere liefs sich konstatieren, dafs am convexen Rande zwei nufsgrofse Cavernen vorhanden waren. Der Rest des Parenchymes schien gesund. Ich excidierte diese beiden Cavernen in toto und vernähte die Wunden mit Katgut. Die Niere ward dann in ihre normale Lage zurückgebracht, und Tamponade und Drainage angelegt.

Das Resultat dieses ersten operativen Eingriffes war durchaus unbefriedigend. Der Urin, der anfangs etwas klarer ge-

worden war, trübte sich nach einigen Wochen wieder und enthielt bald ebenso viel Eiter wie vorher. Zu gleicher Zeit stellten sich auch die Urinbeschwerden wieder ein; aufserdem entleerte sich aus der Operationswunde Urin; es bildete sich hier eine Fistel, welche die Kranke stark belästigte. Um diesen unangenehmen Zustand zu beseitigen und um den Tuberkuloseherd vollständig zu entfernen, war ich 6 Wochen später zur Nephrektomie gezwungen.

Die Untersuchung dieser Niere ergab ein aufserordentlich interessantes Resultat, sie wurde von Rousseau, Chef des Laboratoriums der Klinik, ausgeführt:

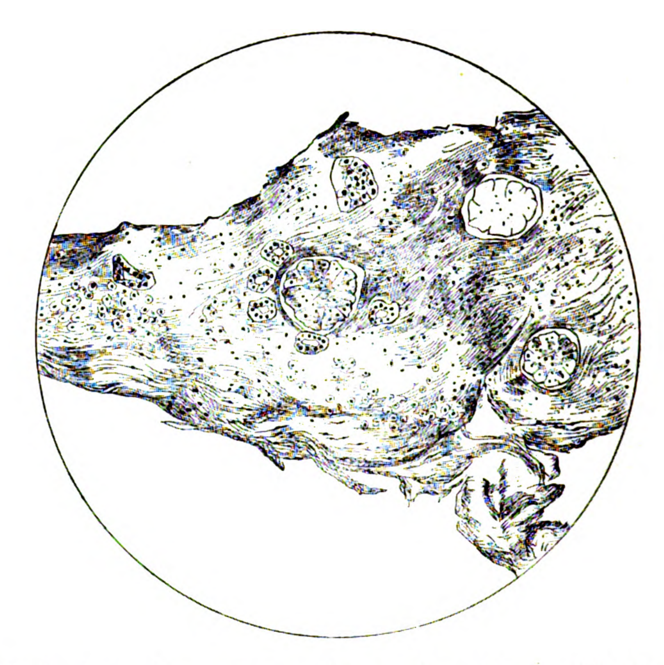
Die Niere war in ihrer Totalität von Entzündungserscheinungen und frischen Tuberkeln durchsetzt. Einige von letzteren zeigten Verkalkung. Entzündungserscheinungen waren an der Peripherie des Organes am stärksten entwickelt. Als Begleiterscheinungen der Tuberkulose liefs sich Atrophia glandularis et canalicularis mit hyaliner Degeneration nachweisen. Am oberen Pol der Niere, an Stelle der einen excidierten Caverne, fand sich eine sehr feine Narbe, deren Organisation an dem darunter liegenden Entzündungsgewebe ausgegangen war. In der Umgebung zahlreiche frische Tuberkel. Hier liefs sich auch eine Regeneration von Harnkanälchen konstatieren. Diese neugebildeten Harnkanälchen stellen anfangs cylindrische, aus jungen Zellen mit zahlreichen Karyokinesen bestehende Gebilde dar. Allmählich gehen diese jungen Zellen in Drüsenzellen über. Die Wandungen der cylinderischen Gebilde weichen zu gleicher Zeit auseinander und lassen auf diese Weise Hohlräume entstehen. Eine Regeneration an den Glomerulis war nicht nachzuweisen.

Im Innern der Niere fand sich aufserdem noch eine nufsgrofse Caverne, die nach dem Becken zu offen war. Die Wandungen waren zottig, derb, mit Eiter bedeckt.

An Stelle des anderen Tuberkuloseherdes in der Mitte des convexen Randes der Niere zeigte sich eine Höhle von der Gröfse einer Mandarine mit ausgebuchteten Wandungen; sie stand mit einem der Nierenkelche in Verbindung und reichte so bis zum Nierenbecken.

Die umstehende Abbildung stellt einen Schnitt durch die am oberen Pole befindliche Narbe dar, also die Stelle, wo der eine

tuberkulöse Herd entfernt worden war. Diese Narbe ist gebildet von einer dünnen Schicht Bindegewebe. Unmittelbar darunter sind frische Tuberkeln sichtbar, die ein sicheres Zeichen der fortschreitenden tuberkulösen Infiltration der Niere darstellen.



Nach dem oben gesagten ist es also sicher, daſs die Entfernung der beiden isolierten Cavernen die weitere Entwickelung der Tuberkulose nicht hatte verhindern können. Frische Tuberkeln hatten sich unmittelbar an der feinen Narbe gebildet. Auſserdem war der andere Herd nicht nur nicht vernarbt, sondern hatte sich im Gegenteil vergröſsert, war in die Tiefe des Parenchyms fortgeschritten und in einem der Nierenkelche durchgebrochen; er hatte also diesen Nierenkelch nach auſsen hin eröffnet und so zur Entstehung einer Nierenfistel Anlaſs gegeben.

Klinische Beobachtung.

Ida H. 26 Jahre alt, stellte sich am 13. März 1899 in der Klinik vor; sie ist hereditär nicht tuberkulös belastet. 1893 litt sie an Masern, 1894 an Magendarmkatarrh, dem eine viermonatliche Sistierung der Menses folgte, seit dieser Zeit Leukorrhoe.

Im März 1897 trat plötzlich ein Anfall von Strangurie auf. Die Harn-

beschwerden schwanden schon am nächsten Tage wieder. Nach 14 Tagen stellte sich starke Hämaturie ein, die sich allmählich verminderte, so dafs einige Tage später Blut nur noch am Schlusse des Urinaktes entleert wurde. Unter Milchdiät schwand die Hämaturie bald vollständig, dagegen trat eine starke, durch Eiter verursachte Trübung des Urins auf. Seit dem Jahre 1898 ist die Kranke mit Borsäureausspülungen der Blase behandelt worden, ohne dafs jedoch eine Besserung erzielt wurde. Es bestand andauernder Harndrang; das Urinieren war alle halbe Stunden nötig, auch während der Nacht, und war schmerzhaft.

Vor etwa einem Jahre traten Schmerzen in der rechten Seite auf, die besonders bei Anstrengungen sich bemerkbar machten. Abends und während der Nacht stellten sich bisweilen Fröste ein.

Status präsens: Die Kranke ist von schwächlichem Körperbau, jedoch ohne stärkere Abmagerung. Keinerlei Symptome von Seiten der linken Niere. Die rechte Niere ist vergröfsert, auf Druck schmerzhaft. Über der linken Lungenspitze leichte Dämpfung, Inspiration daselbst rauh, Exspiration verlängert. Das Herz ist normal.

Cystoskopische Untersuchung der Blase: Die Umgebung des rechten Ureterorficium ist lebhaft gerötet, zum Teil exulceriert. Aus diesem Orificium entleert sich eitrige Flüssigkeit. Der übrige Teil der Blase ist normal. Der Urin vom linken Ureter ist vollständig klar.

Im Eiter des Urins sind Tuberkelbazillen nachweisbar.

Diagnose: Eitrige Tuberkulose der rechten Niere, des Ureters und der entsprechenden Region der Blase.

Operation am 19. März 1899. Die rechte Niere wird von der Regio lumbalis aus freigelegt. Das Organ ist grofs und zeigt am oberen Pole einen taubeneigrofsen Eiterherd. Ein zweiter, ähnlicher Herd befindet sich am convexen Rande der Niere, gegenüber dem Hilus. Der übrige Teil des Organes erscheint normal. Diese beiden Herde werden sorgfältig excidiert, die Wunden mit Katgut vernäht. Die Niere wird dann in ihre Lage zurückgebracht, die äufsere Wunde geschlossen und ein weiter Kautschukdrain eingelegt Auskratzen der Ulceration der Blase von der Harnröhre aus mittels scharfen Löffels mit folgender Jodätzung, hierauf Verweilkatheter.

Der weitere Verlauf war ein fieberfreier. Die Hautwunde schlofs sich zum gröfsten Teil per primam, jedoch blieb eine Fistel zurück, durch die sich beständig Urin entleerte. Der Verweilkatheter in der Blase blieb 8 Tage liegen. Der Urin war anfangs stark mit Blut vermischt, wurde später aber klar. Zu gleicher Zeit schwand auch der Harndrang. Diese Besserung war jedoch nicht von Bestand.

Am 1. Mai 1899 enthielt der Urin wiederum Eiter, der Harndrang trat von neuem auf. Die Blase war leicht ausdehnbar, das Ulcus am rechten Ureterorificium zeigte keinerlei Tendenz zur Vernarbung.

Aufserdem forderte der beständige Austritt von Urin aus der Fistel in der Regio lumbalis dringend eine Beseitigung dieses lästigen Zustandes.

Nephrektomie rechterseits am 5. Mai 1899.

Der Verlauf nach der Operation war bis zum 20. Mai ein völlig ungestörter. Die Kranke begann aufzustehen. Am 20. Mai abends stieg die Temperatur plötzlich auf 39,9; aufserdem trat Erbrechen ein. Im Abdomen keinerlei Schmerzen. Therapeutisch wurde ein Abführmittel verordnet. Am nächsten Tage Temperatur morgens 39,4, abends 38,8.

Am 21. Mai heftige Schmerzen im Abdomen; Puls klein, frequent, flatternd. Temperatur morgens 39,4, abends 40,8. Am nächsten Tage derselbe Zustand, anhaltendes Erbrechen.

Laparotomie. Das Abdomen war mit eitriger Flüssigkeit angefüllt, Darm frei, Proc. vermiformis normal. Genitalorgane ohne Abnormität. An der Peritonealhöhle der Reg. lumbalis nichts Besonderes. Ausspülung des Abdomens mit sterilem Serum; Drainage.

Subkutane Injektion von Serum, Koffein; Temp. abends 38,5. Am 25. Mai exitus im Collaps.

Eine Autopsie wurde nicht gestattet.

Neue Theorie der Gonorrhoetherapie.

Von

Dr. **K. Jooss** in München.

Vielleicht erregt es bei Einigen Verwunderung von einer Theorie der Behandlung zu lesen, da doch die Behandlung Sache der Erfahrung und nicht der grauen Theorie ist. Gerade hier sollte man also meinen, sei eine Theorie am wenigsten am Platz. Und doch liegt all' unseren Behandlungsmethoden ein Grundgedanke, eine Theorie, die uns bei unserm therapeutischen Handeln leitet, zu Grunde.

Wir befinden uns im Zeitalter der Bakteriologie, sie beherrscht zur Zeit die ganze Medizin. Sehr viele therapeutische Theorien stützen sich auf sie. Sie hat sicherlich unsere Wissenschaft um einen guten Sprung vorwärts gebracht. Dafs sie uns auch auf Irrwege geführt hat, wollen wir nicht ihr, sondern uns zum Vorwurf machen. Doch gerade diese Irrungen waren eine gute Schule für unser medizinisches Denken. Von der grobchemischen Auffassung Listers haben wir uns schrittweise bis zur mikrochemischen Behrings und neuerdings Buchners hindurchgearbeitet.

Nur in der Gonorrhoetherapie findet man auffallenderweise noch die grobchemische, ich möchte fast sagen die Reagensglastheorie. Man behandelt die Harnröhre als Reagensglas und giefst in sie alle möglichen Lösungen, um sie, wenn sie infiziert ist, wieder zu desinfizieren. Mit welchem Erfolg? Mit dem, dafs die meisten Urologen dem Harnröhrentripper des Mannes mit Pessimismus gegenüberstehen. Und das trotz der vielen neuen Specifica gegen den Gonococcus. Woran liegt da der Fehler? Etwa an den Specificis, dafs sie vielleicht nicht so schädlich auf

den Gonococcus wirken, wie ihre Entdecker behaupten? Oder vielleicht daran, dass der Tripper noch durch andere Bakterien, Streptokokken und Staphylokokken verursacht wird? An Keinem von Beidem. Die Ursache liegt viel tiefer.

Die ganze Theorie, die uns veranlafst, nach immer neuen Antigonorrhoicis zu suchen, ist falsch. Es ist überhaupt unmöglich, die einmal in die Gewebe eingedrungenen Gonokokken von aufsen zu töten, ohne die Gewebe zu schädigen. Es ist ganz undenkbar, dafs Mittel den erwarteten Erfolg haben können, da sie zu diesem Zweck durch Diffusionsvorgänge bis zu den in der Tiefe unter der Schleimhaut der Harnröhre sitzenden Gonokokken vordringen müfsten, um dieselben abzutöten oder doch in ihrer Entwicklung zu hemmen. Dabei vergifst man, dafs nur die obersten Epithelschichten von dem Säftestrom des Körpers nicht durchströmt sind. Gleich unterhalb derselben mufs, so lange noch Leben da ist, Circulation sein. Es werden die zum Leben notwendigen Stoffe zugeführt, die Stoffwechselschlacken dagegen mitgenommen. — Zudem werden die obersten Epithelschichten gegen jede chemische Lösung (z. B. gegen eine Protargollösung) die über der Oberfläche der Schleimhaut steht, als gegen einen chemischen Fremdkörper sich, so lange sie leben, ablehnend verhalten. Aktive Resorption auf der Harnröhrenschleimhaut zu erwarten, wäre widersinnig. Was aber infolge Diffusion trotzdem durchdringt, wird sofort durch den Säftestrom entführt und chemisch verändert. Nehmen wir jedoch an, dafs eine Protargollösung, wie behauptet wird, nicht chemisch verändert wird, so gelangen doch nur so verschwindend kleine Mengen davon durch die Epithelschicht in und unter die Schleimhaut, dafs jede desinficierende Wirkung ausgeschlossen ist.

Es scheint mir daher überflüssig, ja selbst absurd, wieder und wieder nach neuen Specificis gegen den Tripper der Harnröhre zu fahnden. Wenn selbst das Idealmittel erfunden würde, also ein Mittel, welches die Körperzellen nicht angreift, also nicht schmerzt, dagegen gegen die Gonokokken prompt antiseptisch wirkt selbst in kleinsten Dosen, es wäre unklug davon einen Erfolg zu erwarten. Schon in kurzer Zeit sind die Gonokokken so weit in die Tiefe vorgedrungen oder richtiger soweit von der Lymph- und Blutcirculation in die Tiefe der Mucosa und Sub-

mucosa verschleppt worden, dafs die Hoffnung, sie durch ein diffundierendes Mittel zu treffen, aussichtslos ist.

Doch selbst gesetzt den Fall, es gelänge ein Mittel bis dahin zu dringen, wo die Gonokokken sitzen, und es gelänge, dieselben dadurch abzutöten, ohne die Gewebe zugleich allzusehr zu schädigen, was wäre damit erreicht? Wir hätten dann die Krankheitsursache oder die Krankheitsurheber entfernt, während die Krankheit ruhig weiter bestünde. Denn dafs nach einer einigermafsen schweren Gonokokkeninvasion die Gewebe keine Neigung zeigen zur Norm zurückzukehren, ist bekannt. Was ist Schuld an dieser im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten auffallenden Thatsache? Ich glaube, dafs die Stoffwechselprodukte (Toxine) der Gonokokken eine Lähmung der muscularis der Blutgefäfse oder doch eine schwere Läsion der Gefäfswand verursachen, welche fortbesteht, selbst wenn die Gonokokken bereits verschwunden sind. Thatsache ist, dass von allen Forschern, die die gonorrhoisch erkrankte Harnröhrenschleimhaut histologisch untersucht haben, Blutgefäfserweiterung konstatiert wird. Es scheint, dafs Arterien, Venen und Capillaren gleichmäfsig daran beteiligt sind. Der Grund ist entweder darin zu suchen, dafs die Gefäfswand selbst leidet oder dafs die das Gefäfs umgebenden Zellen schwinden und so das Gefäfs seiner Stütze berauben. Es läfst sich dies nur durch eine specifische Wirkung der Gonokokkentoxine erklären.

Wie läfst sich nun diese schwere Gefäfsläsion beheben? Das Nächstliegende ist, Adstringentien anzuwenden. Und in der That ist der Erfolg der Adstringentien zu jeder Zeit der Erkrankung oft ein auffallender. Bekannt ist jedoch, dafs man damit nicht zum Ziele kommt, was sich ohne Weiteres erklären läfst: Die Adstringentien bestreichen die Schleimhautoberfläche und bringen hier eine doppelte Wirkung hervor, indem sie sich einerseits mit dem in den kleinen Epitheldefekten stehenden Lymphserum zu Albuminaten verbinden und so hier eine künstliche Schutzdecke bilden, andrerseits die oberflächlichsten Blutgefäfschen zur Contraktion bringen. Der Erfolg ist, dafs die Eiterung abnimmt und selbst sistiert, um dann beim Aussetzen dieser Behandlung der Schleimhautoberfläche wieder zu erscheinen. Selbst monate- ja jahrelanges Einspritzen von Adstringentien führt oft nicht zum Ziel, d. h. zur Ausheilung der tieferen Harnröhrenschichten.

Wenn eine solche Gonorrhoe sistiert und dann bei irgend einem Excefs wieder beginnt, so nimmt man vielfach an, dafs der Sitz der Infektion die hintere Harnröhre sei, deren Sekret bekanntlich nicht am orificium urethrae erscheint, dafs jedoch zeitweise die vordere Harnröhre von der hinteren aus wieder inficiert werde und dafs eben dann wieder Sekret erscheine. Diese sistierenden und wieder erscheinenden Tripper müssen jedoch durchaus nicht immer ihren Sitz in der Posterior haben. Ich habe oft unzweifelhaft beobachtet und jeder Praktiker wird mir das bestätigen, dafs auch in Fällen, in welchen die Posterior überhaupt nicht ergriffen ist, dieses Phänomen vorkommt. Dies läfst sich nun dadurch erklären, dafs eben durch die Adstringentien nur die Oberfläche der Mucosa abgeheilt wird, während die tieferen Schichten und die Submucosa ungeheilt bleiben. Beim Aussetzen der Behandlung greift die Ernährungsstörung von der Tiefe wieder nach oben über und der Ausflufs erscheint wieder, um bei neuerlicher Behandlung wieder zu verschwinden. Gewöhnlich findet man dann auch im Sekret Gonokokken, manchmal aber auch trotz genauer Durchforschung des Sekrets nur andere Kokken, ja manchmal überhaupt keine Kokken oder Bakterien. Nach meiner Ansicht sind Gonokokken kein notwendiges Kriterium des Trippers. Es giebt erstmalige Harnröhrenentzündungen im Gefolge eines Coitus, die nach einer meist recht kurzen Incubationszeit entstehen und die sich im Übrigen in Nichts von dem echten Gonokokkentripper unterscheiden, nur dafs man während des ganzen Verlaufes keinen einzigen Gonococcus findet. Zu erklären ist das schwer. Entweder hat hier der Infektionsträger die Eigenschaft, sich auf die gewöhnlichen Färbemittel nicht differenzierend zu färben, oder es handelte sich hier überhaupt nicht um ein geformtes Virus.

Ferner giebt es eine Art von Harnröhrenentzündung, die durch einen kreisrunden Coccus verursacht wird, der im Trippersekret isoliert und spärlich auftritt. Derselbe ist ungefähr 2mal so gross, wie ein Gonokokkenpaar und färbt sich mit Methylenblau schnell blauschwarz. Sekretion und Schmerzen sind gering, doch ist die Infektion insofern eine schwere, als sie äufserst hartnäckig ist und manchmal auf die energischsten Mittel nur wenig reagiert.

Was nun das Eigentümlichste ist, selbst diese Harnröhrentripper, die doch mit Gonokokken gar nichts zu thun haben, werden oft durch Protargol oder Argonin wesentlich gebessert, während andrerseits echte Gonokokkentripper auf diese Mittel oft gar nicht reagieren, dagegen auf irgend ein beliebiges Adstringens z. B. Zincum sulfuricum sich prompt bessern. Wer seine Augen den Thatsachen mit Gewalt verschliefsen will, findet auch hierfür eine Erklärung, die mit der Desinfektionstheorie zusammenpafst. Einfacher und natürlicher ist es jedoch anzunehmen, dafs die chemische Wirkung der Injektionen überhaupt keine spezifisch desinficierende, sondern höchstens eine adstringierende ist. Hierzu kommt aber noch ein anderer Faktor. Mit verdünnter Borlösung, ja sogar mit physiologischer Kochsalzlösung und mit gewöhnlichem Wasser habe ich bei eigens hierzu angestellten Versuchen, in gewissen besonders günstig liegenden Fällen prompte Besserung erzielt, gewifs nicht durch deren desinficierende oder adstringierende Kraft, sondern blos durch ihre mechanische Wirkung. Ich bin dadurch zur Überzeugung gekommen, dafs bei der Heilung des Harnröhrentrippers ein Faktor die Hauptrolle spielt, der früher ganz vernachlässigt wurde und erst in neuerer Zeit wieder Berücksichtigung findet, nämlich die Spannung und Dehnung der Harnröhrenwand. Bei der Behandlung des chronischen Trippers ist das nichts Neues. Oberländer und Finger beschreiben die günstige Wirkung der Dilatation auf chronische Infiltrate und circumscripte Herde. Doch hat meines Wissens nach Niemand diese Therapie, natürlich mit den nötigen Modifikationen, auch für die Behandlung des akuten und subakuten Stadiums acceptiert.

Die eklatante Wirkung der Janet'schen Spülungen speziell bei subakuten mehrere Wochen alten Fällen ist nur durch die dabei bewirkte Massage der Harnröhre zu erklären. Doch ist das nicht das einzige Gute, was wir dieser Methode verdanken. Wenn dieselbe auch ziemlich wieder aufgegeben und nur noch für ganz bestimmte Fälle reserviert ist, so haben wir doch durch dieselbe sehr viel gelernt. Wir wagen es seitdem, was früher als äufserst gefährlich galt, von der Harnröhrenmündung her Flüssigkeiten durch den Schliefsmuskel durchzupressen. Für die Therapie der Urethra posterior ist das von grofser Wichtigkeit.

Auch sie wird so dem allgemeinen Druck ausgesetzt und heilt dabei viel schneller, als bei jeder Katheterbehandlung. Hodenentzündungen sind viel seltener geworden, seitdem man es vermeidet in die akut entzündete Posterior einen Katheter, und sei es auch der dünnste Guyon einzuführen.

Selbstverständlich ist es notwendig, die Dehnungen und Massage der Harnröhre vermittels Spritzendruckes verschieden zu dosieren, je nach dem Stadium der Entzündung, in welchem sich die Urethra befindet. Ich gehe dabei so vor, dafs ich in der ersten Zeit den Patienten zu Hause selbst injizieren lasse. Mit Hilfe einer 15 cm fassenden, vorn komisch zulaufenden Spritze injiziert er sich 3—4mal am Tage bei kräftig geschlossenem Sphinkter eine Bor- oder noch besser eine ganz schwache Zinklösung (0,1%) und zwar soviel, bis er am leichten Schmerz erkennt, dafs die Harnröhrenschleimhaut gespannt ist. Auch Protargol oder Argonin kann selbstverständlich dazu verwendet werden.. Speziell in ganz frischen und heftigen Fällen kann es nur nützen, wenn man die obersten Zellenreihen des Harnröhrenepithels von lebenden Gonokokken befreit.

Tritt am ersten Tag Spannungsgefühl nach Injektion von ca. 5 cm Flüssigkeit ein, so erträgt der Patient am zweiten Tag schon 6 cm u. s. w. Es wird dann bei einigermafsen voluminöser Urethra die Zeit kommen, wo die ganze Spritze injiciert werden kann ohne besondere Schmerzen. Nun greift der Arzt mit der grofsen Wundspritze ein (mit Hilfe eines auf den Schnabel derselben gesetzten Weichgummiansatzes) und injiciert mehrmals hintereinander bis zur prallen Füllung der Harnröhre, wobei man den Patienten anweist den Sphinkter kräftig zu schliefsen. Wird dabei einmal zufällig der Sphinkter überwunden, so hat das Nichts zu sagen. Will man noch stärkere Wirkung erzielen, so nimmt man den Irrigator, den man beliebig hoch hängt. Je älter die gonorrhoische Erkrankung, desto kräftiger die Dehnung.

Ein Übergreifen des gonorrhoischen Prozesses auf die Posterior kommt bei dieser Behandlung seltener vor, als bei der desinficierenden, was schon rein theorethisch betrachtet, einleuchtend ist.

Das Übergreifen des Gonococcus auf die hintere Harnröhre darf man sich sicher nicht so vorstellen, dafs diese kleinsten

Lebewesen sich durch Eigenbewegung in die Posterior begeben, um hier ebenfalls sich breit zu machen. Die Gonokokken sind pflanzliche Organismen und haben keine nennenswerte Eigenbewegung, müssen sich daher rein passiv jeder Bewegung ihrer Umgebung anschliefsen. Bei der Cohabitation werden sie in das orific. urethr. verschleppt, um von hier rein passiv in die Mündungen der Littre'schen Drüschen oder in irgend einen Epitheldefekt zu gelangen. Blut- und Lymphstrom führt sie von da in die tieferen Schichten der Mucosa, in die Submucosa, Corpus cavernosum, Leistendrüsen, Prostata und hintere Harnröhre. Dafs auch die Fortbewegung durch Übergreifen auf die Nachbarschaft (per continuitatem) vorkommt, ist nicht zu bezweifeln, das Übergreifen auf die Posterior geht jedoch meist so schnell vor sich, wenn es überhaupt stattfindet, dafs der Blut- oder wahrscheinlicher der Lymphstrom der Vermittler sein mufs.

Ein Weiterwandern der Gonokokken im Kanal der Harnröhre halte ich für unmöglich, da der in Zwischenräumen von mehreren Stunden die Harnröhre passierende Urin die Schleimhaut stets von Bakterien reinigt und ein solches Überwandern im Kanal doch nur denkbar wäre, wenn der gonokokkenhaltige Eiter im Harnröhrenkanal sich formlich staute.

Blut- und Lymphzirkulation sind aber nicht nur die Verbreiter des Infektionskeimes, sie sind andrerseits auch die besten, ja vielleicht die einzigen unserem Körper zur Verfügung stehenden Desinfektoren. Die dem normalen menschlichen Blut innewohnenden baktericiden Eigenschaften kommen nur dann richtig zur Geltung, wenn der Blutzuflufs nicht behindert ist. Alle schweren Circulationsstörungen vermindern zweifellos die baktericide Eigenschaft des Blutes. Wenn wir also auf der Schleimhautoberfläche die Gonokokken selbst abtöten, und lassen in der Tiefe der Schleimhaut die Circulationsstörung weiter bestehen, so werden wir dem Patienten wenig nützen. Die bereits in den ersten Tagen in die Tiefe verschleppten Gonokokken vermehren sich weiter und weiter. Wenn wir uns jedoch klar sind, dafs wir überhaupt nichts anderes thun können, als die normalen Schutzeinrichtungen des Organismus zu unterstützen, so verzichten wir ohne weiteres auf die Antiseptica und regulieren nur, soweit es in unserer Gewalt steht, die Circulation. Wir ordinieren also

leichte Adstringentien und Massage der Harnröhre vermittels häufiger, anfangs leichter, später kräftiger Dehnung. Die Massage ist nach meiner Ansicht der Faktor, dem die günstige Wirkung der Infektionen überhaupt zuzuschreiben ist, die Adstringierung hilft erst in zweiter Linie mit, während die Desinfektion nicht hoch anzuschlagen ist. Es ist nach meiner Ansicht überhaupt unmöglich ohne Spannung d. h. ohne Massage der Harnröhrenwand auch nur den harmlosesten Tripper ganz auszuheilen.

Dafs bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe der Dehnung die Hauptrolle zukommt, ist bekannt. Die chemische Behandlung kann in manchen Fällen ganz weggelassen werden. Einfache Dehnung der Harnröhre anfangs mit Flüssigkeit, dann mit Sonden, dann mit Oberländerschen, zuletzt mit Kollmannschen Dilatatoren führen oft rasch zum Ziele. Sowie die hintere Harnröhre mit ergriffen ist, unterstützt man diese Harnröhrenmassage mit Prostatamassage vom Mastdarm aus. Da die Behandlung mit Dilatatoren sehr schmerzt, so ist es vorteilhaft, die Harnröhre zu anästhesieren und zwar am besten mit Cocaïn. Ich habe den Eindruck gewonnen, dafs auch das Cocaïn mehr ist, als ein blofses Anästheticum. Ich glaube, dafs die dabei auftretende, mächtige Gefäfskontraktion, die nachher von einer leichteren Erschlaffung gefolgt ist, mithilft, den Blutgefäfsen ihre normale Contraktilität, die eben durch die Einwirkung der Toxine verloren gegangen ist, wieder zurückzugewinnen.

Nach jeder Dehnung kontrolliert man den Urin, um sich über den Stand der Schleimhaut zu orientieren. Ist der Urin relativ klar (manchmal wird er sogar direkt auf eine kräftige Dehnung viel klarer, als vorher), so sind Injektionen überflüssig. Ist er jedoch, was häufiger vorkommt, trüber als vorher, so ist das ein Zeichen, dafs durch die Einführung des Dilatators und durch den Druck desselben die obersten Epithelschichten geschädigt wurden. Man injiciert dann leichte Adstringentien. Eine ähnliche Wirkung, wie mit Dilatation, kann man allerdings auch mit concentrierten Adstringentien (Argent. nitric. oder Cuprum sulf.) erzielen. Auch sie beeinflussen häufig günstig die Tiefe der Mucosa und die Submucosa. Eine desinficierende Wirkung auf diese Schichten halte ich aus den oben angeführten Gründen für unmöglich. Sie wirken sicher anfangs gefäfsver-

engend, dann, wie sich durch das Hitzegefühl und das Gefühl der Schwere kundgiebt, gefäfserweiternd. Wahrscheinlich erfolgt darauf wieder eine langsame, erst nach Stunden, oder sogar nach Tagen stattfindende Gefäfsverengerung.

Auf diese Weise ist es ebenfalls möglich, den Blutgefäfsen wieder ihren normalen Tonus zu geben. Doch ist diese Wirkung unsicher, langsam und die Applikation des Mittels ungemein schmerzhaft, ein Schmerz, der im Gegensatz zu dem durch Dilatation verursachten, durch Cocaïn gar nicht beeinflufst wird und übrigens in der Urethra post. sich bis zur Unerträglichkeit steigert. Ob es aufserdem gleichgültig ist, die von feinsten Nervenendigungen durchsetzte Posterior zu verätzen und so teilweise ihres feinen Gefühles zu berauben, möchte ich sehr bezweifeln.

Ich habe schon oft den Eindruck gehabt, dafs die auf schwere Gonorrhoen in relativ frühen Jahren auftretende Neurasthenie, ja selbst Impotenz, nicht so sehr, wie Finger meint, von Narben der Posterior, als vielmehr von der totalen Verätzung des Epithels durch concentrierte Höllensteininstillationen herrührt. Anders steht es in der Anterior. Hier haben wir kein reiches Nervensystem, dagegen münden hier viele kleine Drüschen, die manchmal — allerdings höchst selten — selbst nach energischer Dehnung, also nach Ausheilung der Submucosa nicht aufhören, Sekret zu produzieren. Hier kommt man oft nur durch chemische Zerstörung dieser physiologisch unwichtigen Drüschen zum Ziele.

Doch sind diese Fälle äufserst selten.

Die Rücksicht auf den Raum dieses Blattes verbietet mir, die Methode bis in die Details auszuführen. Nur noch Eines:

Wann ist die Gonorrhoe definitiv geheilt? Wenn die Infektiosität und die Infektion als solche geschwunden ist? Nein, sondern wenn die Gewebe und die Circulation zur Norm zurückgebracht sind. Dies ist der Fall, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Die letzte Dehnung hat keine diffuse Trübung der ersten Harnportion mehr verursacht.
2. Die Prostata ist elastisch weich und nicht vergröfsert. Ihr Sekret zeigt keine gelbliche Färbung mehr.

3. Der Ausflufs ist vollständig geschwunden, die Harnröhre ist trocken.
4. Der Urin ist in beiden Portionen klar. In der ersten Portion sind höchstens einige kleine, nicht rasch zu Boden fallende Fäden oder Flocken.

Nach circa 14 Tagen müssen wir uns überzeugen, dafs die Verhältnisse immer noch die gleichen sind und dafs namentlich die Prostata immer noch klein und elastisch weich ist. Wenn dies der Fall ist, wissen wir, dafs in Harnröhre und Prostata der Tonus der Blutgefäfse dauernd wiederhergestellt und die Circulation wieder normal ist. Wir können dann dem Patienten getrost sagen, dafs er gesund ist. Ein Fortdauern der Infektion ist ausgeschlossen, denn normale Circulation und Infektion können nicht gleichzeitig bestehen.

Von Heilung zu sprechen und damit den Ehekonsens zu erteilen, wenn noch Sekret da ist, halte ich für verwerflich, da die noch bestehende Sekretion beweist, dafs die Circulation und die Ernährungsverhältnisse der Mucosa und der Submucosa noch nicht zur Norm zurückgekehrt sind, dafs also in der Tiefe noch Gonokokkenherde sein können, selbst wenn das Sekret längst gonokokkenfrei ist.

Durch die von mir geschilderte Behandlung ist bei jeder selbst der schwersten Harnröhrenentzündung Heilung mit Sicherheit in relativ kurzer Zeit und bei Anwendung der Cocaïnanästhesie ohne grofse Schmerzen, also tuto, cito et jucunde zu erreichen.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

The examination of the urine for typhoid bacilli. Von N. B. Gwyn. (Philad. Med. Journ. 1900, 3. März.)

In 20 bis 30% der Fälle finden sich im Urin von Typhuskranken Bacillen, und zwar meist in Reinkultur, so dafs sie ihrer Menge wegen eine nicht zu unterschätzende Gefahr darstellen. Bisweilen bietet der Urin aufser den Bacillen nichts abnormes dar, meist sind aber doch Symptome einer leichten Nierenreizung vorhanden, und in einigen Fällen machen sich auch schwere Erscheinungen von seiten der Niere und Blase geltend. Die akute Nephritis der Typhösen, ebenso auch die akuten und chronischen Blasenstörungen, sind vielfach auf direkte Einwirkung der Bacillen zurückzuführen. Verf. hat 19 derartige Fälle beobachtet; der Urin reagierte bei allen diesen sauer. Bei der Behandlung sind Blasenirrigationen mit Sublimat 1 : 50000 dem Urotropin überlegen. Für die Desinfektion des Urines der Typhuskranken mufs in zweckentsprechender Weise Sorge getragen werden.

Dreysel-Leipzig.

The Goulstonian Lectures on the typhoid bacillus and typhoid fever. Von Horton-Smith. (Brit. med. Journ., April 7, 1900.)

Von den sehr interessanten und eingehenden Ausführungen des Verfassers, welche aber zum gröfsten Teile in das Gebiet der inneren Medizin gehören, sei folgendes hervorgehoben: H. hat den Urin von 45 Typhuskranken wiederholt untersucht und in 17 Fällen Typhusbacillen gefunden. Der Umstand, dafs diese Bacillen im Harn oft in kolossaler Anzahl vorkommen, bringt es mit sich, dafs diese Komplikation häufig schon mit dem blofsen Auge erkannt werden kann. Die Typhusbacillen können im Urin in jedem Stadium der Erkrankung auftreten, in den meisten Fällen geschieht dies aber erst von der dritten Woche an. Die Dauer einer solchen Bacillurie ist sehr verschieden und soll selbst Jahre betragen können. Eiweifs ist öfters vorhanden, doch nicht regelmäfsig. Die Reaktion des Harnes war in den vom Verf. untersuchten Fällen fast immer sauer. Das Auftreten der Bacillurie erklärt sich H. in der Weise, dafs einige wenige Bacillen durch die Nieren in den Urin gelangen und sich erst in der Blase rasch vermehren. Dafs der Typhusbacillus unter Umständen im Urin rasch wachsen kann, zeigen Kulturversuche, welche der Verfasser angestellt hat. Aus diesem

Grunde ist es erklärlich, dafs die interne Verabreichung von Urotropin einen so evident günstigen Einflufs auf den Verlauf derartiger Blasenkomplikationen hat. v. Hofmann-Wien.

Contribution à l'étude des salicylates de bismuth, de l'acide salicylique et de la diathèse urique. Von F. A. Thabuis. (La Presse Méd. Nr. 25, 28. März 1900.)

Th. geht von der Unbeständigkeit der Salicylwismutpräparate, ihrer wechselnden Zusammensetzung und der Unsicherheit ihrer Wirkung aus, erörtert ihren Einflufs auf die vermehrte Bildung von Harnsäure, die sich nach seiner Ansicht unter dem Einflufs physiologischer Zellthätigkeit bildet, verfolgt den Parallelismus zwischen Bildung von Milchsäure und von Harnsäure, welch letztere man in allen Organen trifft, welche grofse physiologische Thätigkeit und Proliferation zeigen, und stellt die Hypothese auf, dafs die Gicht durch Überproduktion von Harnsäure entsteht, indem sie die Berstung der Zellen und überreichliche Ausscheidung während des Anfalles veranlafst.
Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über die Ausscheidung der Harnsäure durch den Urin während der akuten Gichtanfälle. Von L. Badt. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 37, H. 6.)

B. hat den Urin bei 5 typischen Fällen von Gicht während der akuten Anfälle und einen Monat nach Beendigung derselben eingehend untersucht. Die Harnmenge zeigte während der Anfälle keine Veränderung, bei einem Falle war sie sogar vermehrt. Auch der Harnsäuregehalt war niemals geringer als normal, in 4 Fällen vielmehr übernormal. Nach B. kommen die Gelenkerscheinungen bei Gicht durch Anhäufung von Uraten in der Umgebung der Gelenke zu stande. B. empfiehlt als beste Behandlung Massage, gymnastische Bewegungen und Mineralwässer. Dreysel-Leipzig.

Über **Sidonal**, ein neues Heilmittel gegen **Gicht**, sprach Blumenthal im „Verein für innere Medizin" in Berlin (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 15):

Es handelt sich um eine Verbindung von Chinasäure, die ja schon früher von Weifs auf Grund von Tierversuchen als Gichtmittel empfohlen ist, und Piperazin, und wird von der chemischen Fabrik Jaffé & Darmstädter in Berlin als chinasaures Piperazin hergestellt. Nach Stoffwechselversuchen, die Vortr. mit der Substanz an gesunden Menschen angestellt, wird die Harnsäurebildung im Körper dadurch um 30—50 % herabgesetzt; an ihrer Stelle entsteht Hippursäure, die leicht löslich ist. Der Mensch nähert sich also damit in seinem Stoffwechsel dem Pflanzenfresser. Man giebt Sidonal in Dosen von 5—8 gr täglich. In der Diskussion wurden von verschiedenen Seiten günstige Erfahrungen über das Mittel mitgeteilt.
Paul Cohn-Berlin.

Experimenteller Beitrag zur Wirkung und Nachwirkung von Schilddrüsengift. Von M. Porges. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 14.)

Die Beobachtung anderer Autoren, dafs nach Schilddrüsendarreichung

neben anderen schädlichen Wirkungen auch Glykosurie auftreten kann, hat den Verf. veranlafst, der Frage experimentell näherzutreten; er konnte an einem Hunde während und noch nach Ablauf der Schilddrüsenfütterung eine gärfähige, linksdrehende, reduzierende Substanz in geringen Mengen im Harn nachweisen. Unter erneuter Fütterung trat neben Polyurie eine beträchtliche bis zu 0,5 Proz. steigende Lävulosurie auf, die die Fütterung längere Zeit überdauerte. Wurde statt des vorher mit der Nahrung gegebenen Rohrzuckers eine gleiche Quantität Traubenzucker verabreicht, so trat an Stelle der Lävulosurie Dextrosurie ein. Derartige Versuchsergebnisse müssen im Hinblick auf die bereits gemachten Erfahrungen zu erhöhter Vorsicht bei der Schilddrüsenmedikation mahnen. Paul Cohn-Berlin.

Forme fruste de maladie d'Addison. Von Brécy. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Dez. 1899.)

Bei einem hochgradig schwindsüchtigen 36jähr. Manne, der während der letzten 6 Tage seines Lebens die hauptsächlichsten Erscheinungen der Addisonschen Krankheit: äufserste Schwäche, Erbrechen, Leibschmerzen, doch bis zu seinem Ende nicht die geringste Pigmentierung der Haut und der Schleimhäute zeigte, ergab die Obduktion aufser zahlreichen Tuberkeln in der Lunge, besonders in der linken Spitze, zahlreiche käsige Knoten in den vergröfserten Nebennieren, besonders auch in der linken.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Intermittierende Albuminurie im Pubertätsalter. Von M. A. Pribram. (Revue mensuelle des mal. de l'enfame 1899, XVII.)

P. hat 15 diesbezügliche Fälle beobachtet; nach ihm kommt die transitorische Albuminurie vor allem bei Anämischen vor. Das Blut zeigt dabei eine mäfsige Verminderung an Leukocyten und eine beträchtliche an Hämoglobin. Diese Art der Albuminurie tritt vor allem während der Periode des gröfsten Wachstums auf und zwar meist nach längerem Stehen oder Gehen; sie verschwindet bei Bettruhe und geht einher mit einer Vermehrung des spez. Gewichtes des Urines. Die Nahrung hat auf sie keinerlei Einflufs; die beste Behandlung ist Bettruhe. Dreysel-Leipzig.

Übertragung der Albuminurie durch Heredität. Von Carrière. (Gaz. hebd. de. Méd. et Chir. 1899, 14. Dez.)

Verf. hat die bemerkenswerte Beobachtung gemacht, dafs sich bisweilen bei Kindern von Albuminurikern im Urin gleichfalls Eiweifs nachweisen läfst. Als Beispiel führt er folgenden Fall an: Eine Gravida im 8. Monat zeigte beträchtliche Albuminurie, die sich auf Milchdiät besserte, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Im Urin des Kindes, 19 Stunden nach der Geburt, waren Spuren von Eiweifs vorhanden; eine zweite Untersuchung fiel negativ aus. Die Nierenaffektion der Mutter war chronischer Natur und auf eine frühere Skarlatina zurückzuführen. Verf. glaubt, dafs bei dem Kinde kongenitale Nierenveränderungen vorhanden waren. Dreysel-Leipzig.

Albuminurie. Von P. Pront. (Philad. Med. Journ. 1900, 10. Febr.)

Nicht weniger als 5 Eiweifskörper sind bis jetzt im Urin gefunden worden, und zwar 1. Serumalbumin, 2. Serumglobulin, 3. Nucleoalbumin

oder Mucin, 4. Pepton, 5. Albumose oder Propepton. P. beschreibt diese einzelnen Körper genauer und betont, daſs die beiden ersteren von besonderer Wichtigkeit sind, da sie bei Nephritis ausgeschieden werden. Mucin ist in geringer Menge auch im normalen Harn vorhanden, Pepton und Albumose finden sich aber nur bei pathologischen Zuständen. Verf. bespricht die renale Albuminurie und unterscheidet dabei der Ätiologie nach 6 verschiedene Arten. Pepton ist ein Bestandteil des Eiters, es findet sich daher im Harn bei allen mit Eiterbildung einhergehenden Krankheiten. Albumose ist nur von geringer Wichtigkeit. Mucin ist vermehrt bei Urethritis, Cystitis und aus diesem Grunde von einigem diagnostischen Wert. Verf. beschreibt die Proben zum Nachweis der einzelnen Eiweiſskörper.

Dreysel-Leipzig.

Kommen dem menschlichen Pankreas (post mortem) und dem Harn zuckerzerstörende Eigenschaften zu? Von Picrallini. (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 39, H. 1, 2, S. 26—31.)

Die am Sektionsmaterial (also nicht aseptisch) ausgeführten Untersuchungen ergeben, daſs die Glykolyse des Pankreas bei den verschiedensten Erkrankungen das eine Mal fehlte, das andere Mal vorhanden war. In den Harnen von Gesunden, von Kranken, von Diabetikern wurde eine Glykolyse vermiſst.

Goldberg-(Köln-)Wildungen.

Zur Lehre von der Glykolyse. Von Umber. (Ztschr. f. klin. Med. Bd. 39, H. 1. 2, S. 13—25.)

Die Versuche, den Pankreasdiabetes zu erklären, haben in neuerer Zeit zu der Annahme geführt, daſs der Fortfall, bez. die Verminderung eines vom Pankreas gebildeten zuckerzerstörenden Ferments die Störung im Zuckerverbrauch des bei Pankreasaffektion diabetischen Organismus erkläre. Von Blumenthal angestellte Versuche schienen dieser Theorie günstig. Nach Umbers Versuchen ist jedoch die Traubenzuckerzerstörung durch Pankreas-Preſssaft, nach Buchnerschem Verfahren unter hohem Druck genommen, auf Bakterienaktion zurückzuführen, da sie bei peinlichster Asepsis ausbleibt. Weitere Versuche führten U. zu dem Schluſs, daſs das Pankreas auſserhalb des Organismus in keiner Weise eine nennenswerte zuckerzerstörende Wirkung entfaltet, und daſs es in dieser Hinsicht nicht mehr leistet, als die übrigen Gewebe des Körpers. Was endlich das Blut im Pankreas angeht, so ist selbst hier ein Unterschied in der Glykolyse zwischen eintretendem und austretendem Blut nicht ersichtlich gewesen, ein weiterer Beweis, daſs dem Pankreas keineswegs die besondere Eigenschaft zukommt, eine glykolytisch wirksame Substanz ans Blut abzugeben.

Goldberg-(Köln-)Wildungen.

Bacteria and Diabetes treatment. Von J. P. Sheridan. (New-York Med. Journ. 1900, 17. Febr.)

Die bei der Behandlung der Diabetes gebrauchten Antiseptica, vor allem das Sublimat, haben nach S. auf die Glykosurie keinerlei Einfluſs, wohl aber setzen sie die oxydierende Kraft der roten Blutkörperchen herab und rufen

dadurch rapide Abmagerung herbei. Mit Vorteil hat S. bei 4 Fällen eine Kombination von Goldbromid mit Arsenbromid, Auroarsen genannt, in Anwendung gebracht. Dreysel-Leipzig.

Diabetes mellitus und seine Behandlung. Von Reed-Battlecreek.

Nach Ansicht des Verfassers haben 15% aller Diabetiker Eiweifs im Urin. Er wendet mit grofsem Erfolg Lithionwasser an und Eulexine, ein Präparat, über dessen Zusammensetzung nichts weiter angegeben ist.

Federer-Teplitz.

2. Erkrankungen der Nieren.

Über Störungen der wassersecernierenden Thätigkeit diffus erkrankter Nieren. Von Kövesi und Roth-Schulz. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 15.)

Die Versuche der Verff. schliefsen sich den bekannten und hier referierten Arbeiten von Koranyi, Richter und Roth u. A. über die Gröfse der molekularen Konzentration, resp. der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes und Harns bei Nierenkrankheiten an und haben den Zweck, die Veränderungen zu erforschen, welche in der Fähigkeit der Nieren, einen stark diluierten Harn zu bereiten, bei verschiedenen diffusen Nierenkrankheiten vorkommen. Es wurde 24 Stunden lang der Harn in viertelstündlichen Portionen gesondert gesammelt und der Gefrierpunkt jeder Portion bestimmt. Am nächsten Tage trank die Versuchsperson 1,8 Liter Salvatorwasser im Verlauf einer Stunde, worauf der Harn in halbstündlichen Intervallen auf seine Menge und seinen Gefrierpunkt untersucht wurde. Es ergab sich folgendes: bei der parenchymatösen Nephritis ist die wassersecernierende Kraft der Nieren, der Schwere des Falles entsprechend, herabgesetzt. Bei der Schrumpfniere ist dieselbe mehr oder weniger, manchmal sogar vollkommen, erhalten. Dasselbe gilt von Herzkranken, solange die Kompensation nicht nachläfst. Die Stauungsnieren verhalten sich bei dem Verdünnungsversuche, wie die Übergangsformen zwischen chronischer parenchymatöser Nephritis und sekundärer Schrumpfniere. Paul Cohn-Berlin.

Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder. Von Kobler. (Wiener klinische Wochenschr. Nr. 14, 1900.)

Während früher der Lehrsatz feststand, dafs das Auftreten von epithelialen und granulierten Cylindern ein untrügliches Zeichen des Morbus Brightii sei, ist man in der letzten Zeit genötigt worden, die Giltigkeit dieses Lehrsatzes etwas einzuschränken. K. hat sich mit der Frage genauer befafst und kommt zum Resultate, dafs die Bedeutung der Harncylinder für die Diagnose wohl eine grofse sei, dafs man aber aus dem Vorkommen derartiger Gebilde nicht immer mit absoluter Sicherheit die Diagnose Morbus Brightii stellen könne. Dafs den hyalinen Cylindern keine Bedeutung zukommt, ist schon lange bekannt. Am häufigsten ist das Vorkommen von granulierten und epithelialen Cylindern ohne Nierenerkrankung bei Affek-

tionen des Gastrointestinaltraktes, besonders wenn dieselben mit heftigen Diarrhoen einhergehen. Aber auch bei Obstipation hat K. das Auftreten von Cylindern epithelialen und granulierten Charakters beobachtet. K. macht hiefür die Schmerzen verantwortlich, mit welchen diese Obstipationen regelmäfsig einhergingen und zwar stellt er sich die Sache in der Weise vor, dafs der heftige Schmerz in reflektorischer Weise eine Kontraktion der Nierengefäfse hervorrufe, welche sodann eine mangelhafte Ernährung der Nierenepithelien zur Folge habe. Hierdurch kämen in manchen Fällen die Cylinderausscheidung, sowie die Albuminurie zustande. Bei Diarrhöeen ist es wohl die durch die starken Wasserverluste und das Sinken des Blutdrucks bedingte schlechtere Ernährung der Nierenepithelien, welche das Auftreten von Cylindern und von Albuminurie begünstigt.

v. Hofmann-Wien.

Rein en fer à cheval. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

Barbarin und Jullich demonstrieren das Präparat, dessen linke Seite 2 Arterien enthält und bei dem der Ureter vor den Gefäfsen verläuft.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Thrombosis of the axillary and brachial venis occurring in the course of malarial nephritis. Von Futcher. (Johns Hopkins Hosp. Med. Soc. 1900, 8. Jan.)

F. berichtet über einen Fall von Thrombose der Axillar- und Brachialvenen im Verlaufe einer Malarianephritis. Französische Autoren sind der Ansicht, dafs Malaria bisweilen Anlafs zu einer Thrombose der peripheren Venen giebt; Welch glaubt nicht an einen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen; die Entscheidung dieser Frage ist jedenfalls eine sehr schwierige.

Dreysel-Leipzig.

Anomalie rénale. Von Croisier. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Dez. 1899.)

Hufeisenniere mit der Konkavität nach oben auf der vorderen Fläche der Wirbelsäule gelegen, originelle Gefäfsentwicklung. Nierenbecken vor der Arterie und Vene gelegen, wie schon Lancereaux beschrieben. Einzige Niere.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Congenital cystic kidneys with report of case. Von E. Graham und F. Coplin. (Arch. of Pediatrics 1899, Oct.)

Verff. berichten über einen Fall von kongenitaler Cystenniere bei einem rechtzeitig geborenen, normal entwickelten, cyanotischen Kinde, das 45 Minuten nach der Geburt starb. Aufser der cystischen Degeneration der Nieren bot das Kind nichts Abnormes dar. Nierengewebe war überhaupt nicht mehr vorhanden. Die Cystenflüssigkeit hatte ein spez. Gewicht von 1009, war klar, enthielt Albumen, Spuren von Harnstoff, wenig Cholestearinkrystalle und Leukocyten.

Dreysel-Leipzig.

Rétention d'urine et hydronéphrose chez un nouveau — né; dystocie. Von Couvelaire. (La Presse Méd. Nr. 24, 24. März 1900.)

Demonstration des Urinapparates eines neugebornen Mädchens: durchaus normaler regelmäfsiger Bau, nur enthielt die Blase 550 gr einer klaren hellgelben, stark eiweifshaltigen Flüssigkeit; dieser Blasentumor mufste zur Ausführung der Entbindung punktiert werden; das Kind starb während der Extraktion. Die Ureteren waren durchgängig, nur erweitert wie die Nierenbecken und die Nierenkelche. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Albuminuria of pregnancy. Von J. Ritchie. (Edinburgh obstetrical Society 1900, 10. Jan.)

Bei der Schwangerschaftsalbuminurie ist die Ernährung der Frucht selbst dann, wenn der Eiweifsgehalt des Urines nur ein geringer ist, und Symptome einer organischen Nierenerkrankung nicht vorhanden sind, doch stark beeinträchtigt; ebenso besteht für die Mutter immer die Gefahr einer Eklampsie. Zum Zustandekommen der letzteren ist dreierlei nötig: 1. Eine besondere Beschaffenheit des Nervensystemes, 2. Toxaemie, 3. von aufsen kommende Reize. Bei der Behandlung der Eklampsie resp. zu ihrer Verhütung ist die Zufuhr von stickstoffhaltigen Stoffen einzuschränken, die Bildung von toxischen Substanzen zu verhindern und die Ausscheidung derselben zu erleichtern. Man wird also bei Bettruhe leichte Abführmittel geben und die Diurese ohne Verstärkung des Blutdruckes anzuregen suchen.

Dreysel-Leipzig.

A case of puerperal eclampsia in a patient aged 15 years: recovery. Von Corrigan. (Brit. Med. Journ. April 7, 1900.)

Abgesehen von dem jugendlichen Alter der Patientin ist an dem Falle nur das eine bemerkenswert, dafs trotz des desparaten Zustandes, in welchem sich die Kranke beim Eintreffen C.s befand, Heilung eintrat.

von Hofmann-Wien.

The renal complications of the acute enteric diseases of infancy. Von J. L. Morse. (Arch. of Pediatrics 1899, Sept.)

M. hat den Urin von 70 Kindern mit unkomplizierten diarrhoischen Darmaffektionen einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Die Kinder waren sämtlich jünger als 2 Jahre. Der Urin wurde mit dem Katheter entnommen. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dafs bei den Darmkatarrhen der Kinder in den Nieren häufig degenerative Veränderungen, verursacht durch Bakterien oder deren Toxine, vorhanden sind. Veränderungen entzündlicher Natur kommen selten vor. M. konnte bei 15% Eiweifs und bei 60% der Fälle mit Albumen im Harn Cylinder nachweisen. Prognostisch sind diese Nierenaffektionen von keinerlei schlechter Bedeutung. Wirkliche Nephritis bei Kindern ist sehr selten. Dreysel-Leipzig.

Ein Beitrag zur Nephritis bei jungen Kindern. Berlin. med. Gesellschaft, Sitzung vom 7. Febr. 1900. (Med. Woche Nr. 5.)

Cassel berichtet über 2 Fälle einer ausgeprägten Nephritis bei Kindern von 6 und 7 Wochen, die an einer Darmaffektion gestorben waren. Bei

beiden waren starke Ödeme vorhanden, ohne dafs im Harn Albumen oder Cylinder aufzufinden waren. Die Sektion bewies vollkommen die Diagnose Nephritis. Die Glomeruli waren kernreich, die Kapseln teilweise erweitert, in der Rinde befanden sich kleinzellige Herde. Dieser Hydrops ohne Albuminurie ist besonders nach Infektionskrankheiten und dann auch nach Darmerkrankungen beobachtet worden; man erklärt sich sein Zustandekommen durch gröfsere Durchlässigkeit der Hautgefäfse infolge toxischer Stoffe im Blute. Auch Senator ist dieser Ansicht. Dafs bei einer Nephritis Albumen fehlen könne, kann man daraus erklären, dafs die erkrankten Partien überhaupt nicht mehr secernieren. Israel hat auch bei Erwachsenen Nephritis ohne Albuminurie beobachtet. Thümmel-Leipzig.

De la polyurie et de l'imperméabilité rénale chez les cardiaques artério-sclereux. Von P. Merklen, A. Martin. (La Presse Méd. Nr. 24, 24. März 1900.)

In einer eingehenden Studie beleuchten die Autoren die Verschiedenheit der Urinausscheidung, besonders hinsichtlich der Quantität, bei an Herzschwäche im allgemeinen Erkrankten und bei solchen, bei denen aufser Herzschwäche auch Arteriosklerose besteht. Gegenüberstellung des Verhaltens bei Arteriosklerose durch Altersveränderung und derjenigen durch überreiche Nahrungs- besonders alkoholische Flüssigkeitsaufnahme. Die meisten Arteriosklerotischen letztgenannter Ätiologie zeigen zwar: Polyurie, stark gespanntes Arterienrohr, Undurchgängigkeit der Niere für Methylenblau und für Harnstoff, für letzteren noch eher später und seltener auftretend.

Aber Polyurie und Undurchgängigkeit der Niere können unabhängig voneinander vorkommen.

Therapeutisch wirkt vor allem reichliche Aufnahme von Milch günstig: die Durchgängigkeit der Niere steigert sich, die Herzkraft nimmt zu und oft stellt sich eine Kompensation für lange Zeit ein unter Zunahme der Quantität des Urins im allgemeinen, der Quantität der Harnsäureausscheidung. Steigerung des spezifischen Gewichts.

Die Undurchgängigkeit der Niere bei arteriosklerotischen Herzkranken ist durch die arterielle Blutleere der Niere und die daraus entstehende Epithelentartung der Gefäfse zu erklären und wesentlich durch den Zustand der Herzkraft beeinflufst. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Pneumonie und Nephritis, Widalsche Reaktion. (Sitzung der pathological Society, Philadelphia.)

Fussel berichtet in der Sitzung vom Dezember 99 über den Sektionsbefund eines 38jährigen Mannes, der 7 Tage vor dem Exitus wegen einer Lungenblutung ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Eine hier vorgenommene Blutuntersuchung ergab eine positive Widalsche Typhusreaktion. Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil trotz der Widalschen Reaktion bei der Sektion sich keinerlei Symptome eines Typhus vorfanden, ebensowenig Typhusbacillen in der Milz zu finden waren. Thümmel-Leipzig.

Heredität bei chronischer Nephritis. Von Pel. (Philad. Med. Jour. 1900, 20. Jan.)

P. hat eine Zusammenstellung von Fällen chronischer Nephritis gemacht, aus denen sich eine Heredität der Nephritis oder wenigstens die Disposition zu einer solchen deutlich ergiebt. P. konnte nämlich die Krankheit durch 3 Generationen hindurch und zwar bei 18 Gliedern derselben Familie nachweisen. Dreysel-Leipzig.

Sclérose rénale, hépatique et artérielle chez un saturnin, alcoolique et tuberculeux. Urémie dyspnéique. Gastrorrhagie terminale provenant d'un ulcère gastrique latent. Von Gouget. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

42jähr. Wandmaler, der früher nie Erscheinungen von Bleivergiftung gezeigt hat; Dyspnoe besteht seit 8 Tagen; seit einigen Monaten häufigeres Urinieren, besonders nachts. Bleisaum ist deutlich. Herz nach links verbreitert. Arteriosklerose. Die Leber überragt 4 Finger breit den unteren Rippenrand. Urinmenge in 24 Stunden 250 gr mit 0,4% Albumen. Der Mann war Alkoholiker und Phthisiker. Am 16. Dez. aufgenommen, starb er nach vorübergehender Besserung am 24. Januar, nachdem er kurz vorher Erbrechen dunklen Blutes gehabt hatte. Die Obduktion ergab ein Ulcus an der kleinen Curvatur des Magens. Gouget nimmt an, dafs dieser Sitz des Geschwürs seine Latenz erkläre und betont, auf Gaudys These hinweisend, nach der die häufigste Veranlassung zur Entstehung des Ulc. rotund. Alkoholismus, Tuberkulose, Leber- und Nierenerkrankung, sowie nicht selten Bleivergiftung sind, dafs hier alle diese Faktoren zusammentreffen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Diuretics in renal dropsy; their indications and uses. Von E. Axtell. (Med. News 1900, 20. Jan.)

Verf. bespricht kurz das Wesen des Hydrops, die Art und Weise seiner Entstehung und die Häufigkeit bei Nierenerkrankungen. Die bei der Behandlung gebrauchten Diuretica lassen sich in zwei grofse Klassen teilen: 1. die direkten Diuretica, die direkt auf die Nieren einwirken, und 2. die indirekten, die durch Erhöhung des Blutdruckes wirken. Bei den direkt harntreibenden Mitteln kann man zwei Hauptklassen unterscheiden: 1. die diuretischen Salze und 2. die Nierenstimulantien. Verf. bespricht die einzelnen hier in Betracht kommenden Medikamente, wobei er ausführlicher auf die der zweiten Klasse eingeht. Dreysel-Leipzig.

Maulbeerblätter als Diureticum. (Bull. gen. de Therapeutique 1900, 8. Febr.)

Die Blätter des Maulbeerbaumes werden in Sibirien als Diureticum gebraucht. Die Verwendung ist folgende: 2,5 g Maulbeerblätter werden mit 2 Tassen kochenden Wassers übergossen und bleiben 8—10 Stunden an einem warmen Orte stehen. Von dem Aufgufs wird morgens und abends je eine Tasse voll getrunken und zwar drei Tage lang. Der Geschmack ist kein unangenehmer. Bei einem 84jährigen Manne mit chronischem Ödem stieg unter Gebrauch des Maulbeerthees die Diurese allmählich von 1600 auf 2600 cbcm. Dreysel-Leipzig.

Des injections de sérum de la veine rénale dans le traitement de l'urémie. Von Dr. Lignerolles. (Echo méd. Febr. 1899.)

Verf. versuchte durch subkutane Injektion von Serum, welches unter aseptischen Kautelen aus der Renalvene einer Ziege dargestellt war, urämische Zustände zu bekämpfen, indem er annahm, dafs das Venenblut alle Sekretionsprodukte des Organs enthält und somit eine derartige Seruminjektion derjenigen des Organextraktes gleichkommen müsse. Die Erfolge waren in allen drei mitgeteilten Fällen durchaus gute. In der ersten Beobachtung handelte es sich um einen 15jährigen Knaben mit akuter Scharlachnephritis. Nach einer Injektion von 20 ccm. schwanden sofort alle stürmischen Erscheinungen. Die sehr geringe Harnmenge wurde reichlich, der Eiweifsgehalt sank von 1,8 ‰ auf 0,25 ‰ und war nach 3 Wochen ebenso wie die Cylinder gänzlich und dauernd verschwunden. Am Tage nach der Einspritzung schon konnte beträchtliche Besserung festgestellt werden: das Allgemeinbefinden war frischer, die Kräfte gehoben und das quälende Erbrechen und der Kopfschmerz hatten aufgehört. Im 2. Falle war Urämie infolge interstitieller Nephritis aufgetreten, besonders Kopfschmerzen, Dyspnoe und Konvulsionen. Nach 6 Injektionen von je 12—15 ccm defibrinierten Serums verschwanden sämtliche nervösen Symptome, auch die Albuminurie nahm beträchtlich ab. Auch in der dritten Mitteilung von Intoxikationserscheinungen infolge chronischer Nephritis bei einer 60jährigen Frau berichtet Verf. über auffallend rasche und andauernde Besserung nach einer Injektion von 20 ccm Serum.

König-Wiesbaden.

Rupture of a hydronephrotic kidney. Von J. C. Sexton. (Cincinnati Lancet-Clinic 1899, 18. Nov.)

Der Fall betrifft einen 35jährigen Mann mit Schmerzen in der linken Nierenregion, der vor 18 Jahren in dieser Gegend ein Trauma erlitten hatte. Damals hatte der Urin eine Zeit lang blutige Beschaffenheit gezeigt. Der Harn enthielt Blut, aufserdem bestanden Erscheinungen des Shockes und der Sepsis. Im weiteren Verlaufe bildete sich ein Tumor in der linken Seite. Bei der Incision entleerten sich grofse Mengen mit Urin untermischten Blutes. Wegen andauernder Blutung Nephrektomie. Tod 91 Stunden später. Die Niere war enorm dilatiert. Die vor 18 Jahren erfolgte Verletzung hatte wahrscheinlich zu einer Narbenverengerung am Ureter und infolge dessen zu einer Hydronephrose geführt. Durch eine hinzutretende akute Entzündung war es dann zu einer Ruptur der Niere gekommen. Dreysel-Leipzig.

Zur operativen Spaltung der Niere. Von Priv.-Doz. Dr. E. Braatz in Königsberg i. Pr. (Deutsch. med. Wochenschrift 1900, Nr. 10.)

Bei einer 30 Jahre alten Patientin, die Zeichen von Tuberkulose bot, hatten sich im Anschlufs an ein Trauma Schmerzen in der rechten Seite entwickelt, die allmählich stärker wurden und einen kolikartigen Charakter annahmen. Da gleichzeitig Zeichen von beweglicher Niere vorhanden waren, entschlofs sich Braatz in einer ersten Operation zur Nephropexie und als die Schmerzen nach einiger Zeit mit erneuter und gröfserer Heftigkeit wiederkehrten, zur Spaltung der Niere, wobei diese makroskopisch ein nor-

males Aussehen bot. Drei Jahre ging es gut, dann kehrten die Koliken wieder und wurden nahezu unerträglich. Braatz entfernte die Niere deshalb in einer dritten neuen Operation, von der alten Narbe aus vorgehend, nachdem er sich in derselben Sitzung noch überzeugt hatte, dafs der Prozefsus vermiformis gesund war — eine Reihe von Symptomen hatte darauf hingedeutet, dafs er tuberkulös verändert sei —. Die Kranke wurde wiederhergestellt. In der Niere fanden sich neben einer Reihe frischer tuberkulöser Heerde am oberen Nierenpol ein ausgeheilter alter Herd am unteren Pol. Braatz ist geneigt, die Ausheilung des alten Herdes auf die frühere Spaltung der Niere zurückzuführen, die eine Hyperämie und reaktive Entzündung in der Nähe des Sektionsschnittes hervorgerufen habe. Es wäre diese Heilung der Tuberkulose analog der Heilwirkung des Sektionsschnittes auf entzündliche Prozesse in der Niere (Herrison, Israel, Körte).

Eine Bestätigung dieser Ansicht bleibt abzuwarten. Beachtenswert sind die übrigen epikritischen Bemerkungen zu dem Falle, wie die Wichtigkeit der Zondekschen Untersuchungen über den Verlauf der Nierengefäfse und ihre praktische Nutzanwendung auf die Anlegung des Nierenschnittes, ferner die Schwere des Eingriffes, den die Probespaltung der Niere darstellt und auf die Notwendigkeit bei der Operation selbst, insbesondere bei der Naht in der schonendstenWeise vorzugehen. Ludwig Manasse-Berlin.

Über **Behandlung der Nephrolithiasis** mit grofsen Dosen Glycerin hat A. Herrmann-Karlsbad bereits auf dem letzten Kongrefs für innere Medizin berichtet (cf. Centralbl. 1899) und macht neuerdings darüber Mitteilung in der englischen Zeitschrift „The mediacle Chronicle“ 1900, I. Er verfügt jetzt über 115 Beobachtungen an Nierensteinfällen, bei denen in 60% das Glycerin sich gut bewährt hat. Die Dosis schwankt zwischen 30—120 g je nach Alter und Gröfse der Patienten und wird zwischen zwei Mahlzeiten auf einmal mit dem gleichen Volumen Wasser verdünnt gegeben. Nach mehrtägiger Pause wird dieselbe Dosis ein zweites und ev. ein drittes Mal verabfolgt. Nennenswerte üble Nebenwirkungen traten nicht auf, 6 mal zeigte sich Hämaturie. Herrmann fafst die Wirkung des Glycerins rein mechanisch auf, das Glycerin macht die Steine auf dem Wege durch die Niere schlüpfrig. Ludwig Manasse-Berlin.

Three cases, in which movable kidney produced all the symptoms of gallstones. Von Maclagan und Treves. (Lancet 1900, 6. Jan.)

Bei den drei von Verff. angeführten Fällen deuteten alle Symptome auf Gallensteine hin, doch konnten solche bei der Operation nicht gefunden werden. Die Ursache der Erscheinungen war vielmehr eine Wanderniere. Nach der Nephropexie schwanden alle Beschwerden.

Dreysel-Leipzig.

Case of renal calculus Von Kelly. (Johns Hopkins Hosp. Med. Soc. 1900, 8. Jan.)

Der Fall ist vor allem in diagnostischer Beziehung interessant. Anfangs war eine Nierentuberkulose angenommen worden. K. führte einen Ureteren-

katheter, der vorn mit einem Wachsüberzug versehen war, bis zur linken Niere empor und injizierte 12 cbcm Flüssigkeit in das Becken derselben. Es trat sogleich ein Anfall von Nierenkolik ein. Da sich am Wachse des Katheters aufserdem noch deutliche Kratzer erkennen liefsen, so war die Diagnose Nierenstein gesichert. K. beschreibt noch genauer die behufs Entfernung des Steines ausgeführte Operation. Dreysel-Leipzig.

Report of case of Anuria. Von A. C. Cotton. (Arch. of Pediatrics 1899, Oct.)

Der Fall C.s betrifft ein Kind, das rechtzeitig geboren war und anscheinend keinerlei Abnormitäten aufzuweisen hatte. Es starb am 5. Tage nach der Geburt unter Konvulsionen im Koma, ohne dafs je Urin entleert worden wäre. Der Autopsiebefund war folgender: Unvollständiges Septum zwischen Pulmonalarterie und Aorta, offener Ductus arteriosus, offenes Foramen ovale. Fettige Degeneration der Leber, Harnsäureinfarkte der Niere, hämorrhagische Infarkte der Lungen. Dreysel-Leipzig.

Anuria for ten days. Von Grandin. (Harward Med. Soc. of New-York 1900, 27. Jan.)

Der Fall betrifft eine Frau mit parenchymastöser Nephritis und einem grofsen Uteru-fibrom, das von der Vagina aus entfernt wurde. Nach der Operation trat vollständige Anurie ein, die 10 Tage anhielt. Die Ureteren waren, wie durch Katheterisieren festgestellt wurde, durchgängig, also nicht mit in die Ligaturen gefafst worden. Das Bewufstsein blieb in der ersten Zeit vollständig erhalten, auch bestanden keine Sehstörungen oder Schmerzen im Abdomen. Am 9. Tage trat Coma und am 10. der Tod ein. Die Behandlung hatte in Dampfbädern, Colonirrigationen, Abführmitteln und Darreichung grofser Dosen von Strychnin bestanden. Eine Autopsie wurde nicht gestattet. Verf. glaubt, einen Verschlufs der Ureteren ausschliefsen zu dürfen. Dreysel-Leipzig.

A case of suppression of urine associated with a single kidney. Von D'Arey Power. (Lancet 1900, 6. Jan.)

Der 36jährige Kranke des Verf. litt seit einer Woche an Urinretention. Vorher waren niemals Nierenkoliken, Blut oder Gries im Urin vorhanden gewesen. Wegen Verdachtes auf Nephrolithiasis Freilegung der Niere; Befund negativ. Tod am folgenden Tage. Bei der Autopsie zeigte sich, dafs an Stelle der anderen Niere nur ein kleines Stück fibröses Gewebe vorhanden war, in dem sich vier kleine Steine fanden. Nierenarterie und Nierenvene dieser Seite fehlten vollständig. Dreysel-Leipzig.

Tuberculose rénale; pyélite. Von Van Engelen. (Cercle Méd. de Bruxelles 1900, 2. Febr.)

Der erste von E. angeführte Fall betrifft eine Kranke mit Nierentuberkulose, bei der die Niere entfernt wurde. Obwohl die Blutung während der Operation eine beträchtliche war, erholte sich die Kranke doch rasch und war eine Zeit lang symptomlos. 3 Wochen nach der Operation zeigte sich wieder Eiter im Urin; unter Fiebersteigerung trat plötzlich der Tod ein. Bei der Sektion fand sich eine parenchymatöse Nephritis mit multiplen kleinen

Eiterherden. Die Lunge war tuberkulös erkrankt. — Bei dem zweiten Falle handelt es sich um einen Kranken, der nie Fieber gehabt, sich immer wohl gefühlt hatte, in dessen rechter Seite aber ein grofser Tumor nachweisbar war. Im Urin kein Eiter. Nach Freilegung der Niere fand sich eine durch das Nierenbecken gebildete, grofse mit Eiter gefüllte Tasche, die durch Kompression eine leichte Atrophie der Niere verursacht hatte.

Dreysel-Leipzig.

Tuberculosis of the kidney. Von Noble und Babcock. (Amer. Gynec. and Obstet. Jour. 1899, Dez.)

Verff. beschäftigen sich mit der diagnostischen Seite der Nierentuberkulose. Ihre Untersuchungsmethode soll gestatten, eine Diagnose schon in frühen Stadien und bei ganz unklaren Symptomen zu stellen. Die Methode besteht in folgendem: Mit sterilem Ureterenkatheter wird von jeder Niere Urin gesondert aufgefangen; das Sediment wird Meerschweinchen injiziert. Der Nachteil bei diesem Verfahren besteht darin, dafs 4—6 Wochen vergeben müssen, ehe eine Entscheidung zu treffen ist. Verff. berichten über einen Fall, bei dem die auf solche Weise gestellte Diagnose sich bei der Operation bestätigte.

Dreysel-Leipzig.

Case of tuberkulosis of the kidney without marked general symptoms. Von J. M. Da Costa. (Philad. Med. Journ. 1900, 20. Jan.)

Interessant ist bei dem Falle C.s das Mifsverhältnis zwischen Schwere der Erkrankung und Geringfügigkeit der Symptome. Es handelt sich um einen 23jährigen Mann, der seit 8 Tagen über Schmerzen in der Nierengegend klagte. Der Urin enthielt Spuren von Eiweifs, sonst aber nichts Abnormes. Im weiteren Verlaufe wurden Tuberkelbacillen im Harn gefunden, während dessen Beschaffenheit im übrigen eine völlig normale war. Fieber war nur im geringen Grade und für kurze Zeit vorhanden. Da die Blase sich als gesund erwies, mufsten die Bacillen aus der Niere stammen.

Dreysel-Leipzig.

Die Tuberkulose der Niere. Von Prof. König und Dr. Pels-Leusden. (D. Zeitschrift f. Chirurgie, 55. Bd., 1. u. 2. Heft.)

In dem I., dem klinischen Teil, der Arbeit, welche sehr lehrreiche Krankengeschichten enthält, kommt König zu folgenden Schlufssätzen:

Es giebt 2 Formen, unter welchen in früher Zeit die Nierentuberkulose dem Arzt zur Beobachtung kommt, die Solitärtuberkulose der Drüsensubstanz ohne Kommunikation mit dem Nierenbecken und die pyelitische Form.

Die erste Form geht oft in die zweite über. Die Diagnose der ersten Form ist meist nur sehr unsicher, dagegen ist die klinische Diagnose der zweiten Form in der Regel zu stellen.

Leider weist man nicht häufig die die Diagnose bestätigenden Bacillen nach.

Die Diagnose der Gesundheit der andern Niere ist in der Regel nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen. Die praktisch sichersten diagnostischen Mittel sind die Kystoskopie und die Ureterenuntersuchung.

Um nicht eine Anzahl schwer kranker Menschen zu Grunde gehen zu lassen, mufs öfter auf eine sichere Diagnose der tuberkulösen Phthise der kranken Niere, wie auf sichere Erkenntnis absoluter Gesundheit der andern Niere verzichtet werden.

Die operative Behandlung phthisischer Nieren ist im allgemeinen nur bei den Zeichen schwerer Zehrkrankheit zu unternehmen. Nephrotomie und Resektion der Niere reichen bei Tuberkulose fast nie aus.

Die Grenzen, welche der Nephrektomie gesteckt werden können, sind viel weitere, als man früher annahm. Denn während man früher annahm, dafs absolute Gesundheit der zweiten Niere erforderlich sei, wissen wir heute, dafs nach Exstirpation der phthisischen Niere Menschen noch Jahre lang leben und ein erträgliches Dasein führen bei mäfsiger Erkrankung der zweiten Niere, und dafs Menschen mit gleichzeitiger Blasenerkrankung eine erhebliche Besserung ihres Zustandes durch Entfernung der phthisischen Niere erfahren. Den beiden Formen der Nierentuberkulose entsprechend giebt es auch zwei Gruppen von Operierten. Bei der ersten Gruppe wird mit der Entfernung der kranken Niere die gesamte Krankheit entfernt.

Die Kranken der zweiten Gruppe sind nicht absolut genesungsfähig. Sie haben noch eine tuberkulöse Niere, Blasentuberkulose, Hoden und Ausführungsgänge sind krank, aber sie erholen sich ganz aufserordentlich nach Entfernung der Nierenphthise.

Der II. Teil der Arbeit enthält die makro- und mikroskopische Beschreibung von 16 von Prof. König exstierpierten Nieren. Dr. Pels-Leusden stellt nun auf Grund seiner Untersuchungen folgende Schlufssätze auf:

1. In allen Fällen von Nierentuberkulose, in welchen die Diagnose mit solcher Sicherheit gestellt werden konnte, dafs eine Exstirpation der Niere gerechtfertigt erschien, war das Nierenbecken, in allermeisten auch der Ureter erkrankt.

2. Die Ausbreitung der Erkrankung im Nierenparenchym und Becken ist in der Regel eine so diffuse, dafs eine partielle Resektion der Niere nicht die Sicherheit bietet, alles Krankhafte entfernt zu haben.

3. Das Vorkommen einer spontanen Ausheilung einer Nierentuberkulose ist nicht vollkommen auszuschliefsen.

4. Die Weiterverbreitung des tuberkulösen Prozesses in der Niere geschieht sehr häufig in Gestalt von radiär angeordneten Tuberkelstreifen auf dem Wege der Harnkanälchen ähnlich der akuten Pyelonephritis.

S. Jacoby-Berlin.

Cancer du rein d'origine pyélique. Von Löpper et Chifoliau. (Bullet. et mémoir. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

Der Ausgang des Epithelioms waren die Kelche und das Nierenbecken; die Niere wurde von Poirier operativ entfernt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.



3. Erkrankungen der Prostata.

A case of spermatorrhea and prostatorrhea probably due to taenia solium. Von Lapowsky. (New York Acad. of Med., 10. Okt. 1899.)

Der Patient Lapowskys, 28 Jahre alt, hatte 6—7 Tripper gehabt und litt jetzt an einem milchigen Ausflufs, welcher früher Gonokokken geführt hatte, später frei von denselben war. Als L. den Kranken zum erstenmale sah, fanden sich in der ersten und dritten Portion kleine Fäden, welche Gonokokken enthielten. Die zweite Portion war klar. Der milchige Ausflufs enthielt Spermatozoen und Prostatasaft. Die Prostata selbst fühlte sich normal an. Zufällig entdeckte Lapowsky Tänia solium gelegentlich einer Rektaluntersuchung. Die Abtreibung des Bandwurms gelang nicht vollständig, da der Kopf nicht mit abging, doch hörte der milchige Ausflufs seither auf.

Barlow-München.

Note sur un cas des suppuration prostatique et péri-prostatique. Von Dr. Cottet und Duval. (Annales des malad. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 3.)

Die Verff. untersuchten bakteriologisch den operativ entfernten Eiter eines nach Gonorrhoe entstandenen Prostataabscesses und fanden neben dem Staphylococcus pyogenes albus eine streng anaërobe Art den Bacillus perfrigescens, welcher von Veillon und Zuber zuerst (1898) im Eiter eines perityphlitischen Abscesses gefunden wurde. Wahrscheinlich handelt es sich um das bereits früher (1893) von E. Fränkel bei Gasphlegmonen nachgewiesene Mikrobium. Dasselbe soll eine gangräneszierende Wirkung haben und ist bei Ohreiterungen, Lungengangrän, Pyämie etc. des öfteren nachgewiesen.

König-Wiesbaden.

Causes et traitement des abscès chauds de la prostate. Von A. Routier. (La Presse Méd. Nr. 13, 14. Febr. 1900.)

R. führt zunächst die Seltenheit der Prostataabscesse bei gesunder Harnröhre an; am häufigsten sind sie veranlafst durch eine gonorrhoische Erkrankung, seltener durch andere Infektion. Die Veranlassung zur Entstehung dieser Abscesse pflegen durch irgend ein Trauma hervorgerufen zu werden; als solche führt R. an: eine Katheterisierung im Verlaufe einer Urethritis, eine ungeschickt ausgeführte Injektion, eine Übermüdung auf dem Gebiete des Geschlechtslebens oder direkte Einwirkung auf den Damm, wie Reiten, lange Eisenbahnfahrt, der Velosport. Therapeutisch empfiehlt R. ausgiebige Öffnung durch Einschnitt vom Mastdarm aus. Zwei eigne Beobachtungen bei durchaus intakter Harnröhre sind von grofsem Interesse:

1. Mann von 34 Jahren verspürt am 24. Okt. beim Nachhausegehen von einem Tingel-Tangel plötzliche Urinverhaltung. Schüttelfrost. In den nächsten Tagen Auspressen weniger Tropfen Urin aus der Harnröhre. 2. Nov. operiert — rechter und linker Prostatalappen — 10. Nov. geheilt.

2. Mann von 42 Jahren, überanstrengte sich bei einem Umzug, von da ab wirkliches Brennen in der Harnröhre, 4 Wochen später Urinverhaltung unter Schüttelfrost, Katheterismus, seither häufigeres Urinieren; letzteres ohne

sonstige subjektive Beschwerden, veranlafste ihn zur Befragung von R. Es wurde rechtsseitiger Prostataabscefs festgestellt; operiert am 6. Nov., ging Patient am 17. Nov. geheilt ab.

Die Ätiologie in beiden Fällen bleibt dunkel. Dafs die Urinretention nur die Folge der Prostataentzündung war, nimmt R. als selbstverständlich an. Zur Narkose pflegt R. jetzt nur mehr Bromäthyl (bromure d'éthyle) zu verwenden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Complications grippales portant sur les voies urinaires. Von Desnos. (La Presse Méd. Nr. 20, 10. März 1900.)

D. behauptet, dafs vornehmlich die Harnröhre und die Prostata ergriffen zu werden pflegen.

Ein Unikum von einem Fall betrifft einen Zögling von St. Cyr. Derselbe war noch nie geschlechtskrank gewesen, hatte angeblich überhaupt noch nie coitiert, erkrankte 1890 auf Urlaub an Influenza; wenige Tage später Schüttelfrost, Schmerzen in der Prostatagegend. Komplette Urinverhaltung. Prostata grofs wie eine Mandarine. Keine Eiterung. Katheterismus schwierig. Nach 14 Tagen verschwanden die subjektiven Störungen, doch die Prostata blieb vergröfsert und höckerig. Der hinzugezogene Prof. Guyon hielt wie D. Tuberkulose vorliegend. Diese Diagnose bestätigte sich nicht. Nach einem halben Jahr wurde die Prostata kleiner, keinerlei Erscheinungen von Tuberkulose. Später acquirierte dieser Kranke einen Tripper, bekam akute Prostatitis; vollständige Heilung. Der Mann ist heute verheiratet und Vater. Die Prostat. war sicher nur eine Kongestion infolge von Influenza.

Patienten, die früher verschleppte Tripper hatten, zeigen ein Wiederaufflackern dieser Erkrankung, wenn sie von Influenza befallen werden und eine Prostat., die manchmal, aber selten zu vereitern pflegt.

Manchmal werden Tripper, die abgelaufen waren, durch Influenza (— so schreibt Desnos —) wiederangefacht ohne Mitbeteiligung der Prostata. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über die Wahl der Instrumente beim Katheterismus der Prostatiker. Von Guyon. (Journ. des Prakticiens 1899, Nr. 14.)

Verf. beschreibt die verschiedenen bei Prostatikern anwendbaren und empfehlenswerten Arten von Kathetern, giebt Anweisungen bezüglich der Wahl des Katheters und Einführung desselben. Er weist darauf hin, dafs der Katheterismus nicht nur zur Urinentleerung dient, sondern auch noch andere therapeutische Erfolge bezweckt.

So kann durch Einführung eines Verweilkatheters eine Blutung aus der Urethra und Prostata gestillt werden. Infektionen der Blase werden durch den Verweilkatheter günstig beeinflufst, und gröfsere Schwierigkeiten bei der Kathetereinführung werden durch Liegenlassen eines Verweilkatheters beseitigt. Federer-Teplitz.

Operative treatment of hypertrophied prostate. Von H. Joung. (Virginia Med, Semi.-Monthly 1899, 8. Dez.)

Verf. unterzieht die verschiedenen zur Heilung der Prostatahypertrophie angegebenen Operationen einer kritischen Besprechung. Kastration

ist in manchen Fällen von Erfolg, ist aber nutzlos bei sehr derber Prostata und dann, wenn die Drüse weit in die Blase hineinragt. Die Bottinische Methode ist bei beträchtlicher Vergröfserung der lateralen Lappen und geringer des medianen indiziert. Die unmittelbaren Erfolge sind gute, für die Dauer jedoch sehr unsichere. Die Prostatektomie ist in frühen Stadien die Operation der Wahl. Die ungünstigen Erfolge, die mit dieser vielfach erzielt werden, haben ihren Grund meist in der mangelhaften Ausführung. Man geht bei dieser Methode am besten vom Perineum aus vor und macht zur besseren Freilegung des Operationsfeldes zu gleicher Zeit die Cystotomia suprapubia. J. führt 5 Fälle von Prostatektomie an, bei denen der Erfolg ein sehr guter war. Dreysel-Leipzig.

A Castration — Failure von E. Keyes. Journ. of cut. and gen-ur. diseas. 1899, pg. 568 und 578.)

K. operierte einen 63jährigen Mann, welcher Prostatahypertrophie mit Blasenparese und akuter Cystitis mit Blutungen hatte. Es folgte eine momentane Besserung der Cystitis, welche aber wahrscheinlich auf eine rationelle Lokalbehandlung zurückzuführen war. Allein die Blutungen begannen nach einem Jahre wieder und es zeigte sich keine Verminderung im Volumen der Prostata. An den Fall schlofs sich eine Diskussion an, in welcher Chetwood und Otis sich ebenfalls skeptisch über den Wert der Kastration bei Prostatahypertrophie aussprechen. Barlow-München.

Procedure in election in certain cases of enlarged prostate. Von J. H. Dunn. (Journ. Americ. Med. Assoc. 1899, 30. Dez.)

Verf. bespricht vor allem jene Fälle von Prostatahypertrophie, bei denen eine grofse Drüse mit wenig Komplikationen in verhältnismäfsig jugendlichem Alter vorhanden ist. In solchen Fällen sind in der Prostata gewöhnlich derbe, fibromatöse Knoten vorhanden. 5—6 % aller Prostatiker leiden an dieser Form der Hypertrophie. D. empfiehlt für diese Fälle die Prostatektomie von der Regio suprapubica aus mit temporärer Drainage der Blase; er hat die Operation 4 mal mit gutem Erfolge ausgeführt.

Dreysel-Leipzig.

The question of inflating the bladder with air, preliminary to the Bottini operation. Von Lewis. (Med. Record. March. 25, 1899.)

Da es sich als gefährlich erwiesen hat, die Bottinische Operation bei leerer Blase vorzunehmen und die Füllung der letzteren mit Flüssigkeit zahlreiche Nachteile hat, empfiehlt L. die Blase vor dem Eingriffe mit Luft zu füllen. Er wendet sich gegen die Ausführungen Lewins und Goldschmidts, welche auf Grund experimenteller Untersuchungen die Gefährlichkeit der Füllung der Blase mit Luft betonen, da auf diese Weise leicht Luftblasen in den Kreislauf gelangen und sogar den Tod des Individuums bewirken können. L. berichtet über einen unter verschiedenen Kautelen angestellten Versuch bei einem Hunde, wo es trotz aller Bemühungen nicht gelang, Luft in die Ureteren von der Blase aus einzutreiben. Ferner hat L. ein Rundschreiben an verschiedene hervorragende Chirurgen gesendet, in welchem um die Beantwortung der Frage gebeten wird, ob sie bei der Bottinischen

Operation die Blase mit Luft füllen, und wenn dies der Fall ist, ob sie jemals schädliche Folgen von diesem Verfahren gesehen hätten. Sämtliche Chirurgen sprachen sich in ihren Antworten günstig über die Methode aus.

von Hofmann-Wien.

Bottinis Prostatakauterisator, verbessert von Freudenberg. Von Dr. Willy Meyer. (New Yorker mediz. Monatsschr. Nov. 1899.)

In der Sitzung der Deutschen medizinischen Gesellschaft der Stadt New York vom 2. Oktober 1899 demonstriert M. den von Freudenberg nach den gleichen Prinzipien wie der Incisor verbesserten Prostatakauterisator. Er empfiehlt ihn für beginnende Prostatahypertrophie, wenn die Pat. mit Harnbeschwerden, geringen Residualharn etc. kommen. Er hält das Instrument auch für die Behandlung von chronischer Prostatitis und Prostatorrhoe geeignet, wenn stärkere chemische Caustica nicht zum Ziele führen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Demonstration zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. Von Freudenberg. (Berl. med. Gesellsch. 31./I. 1900. Berl. klin. Wochenschrift 1900, Nr. 8.)

F. legt die anatomischen Präparate der Prostata von zwei Patienten vor, die an einer interkurrenten Krankheit gestorben waren, einige Zeit, nachdem sie vom Verf. mittelst des Bottinischen Verfahrens operiert worden sind. Jede Prostata zeigt 3 Schnitte, einen in der Mitte, die beiden anderen je nach einer Seite; die Schnitte sind überhäutet und bieten dem Urin vollkommene Abflufsöffnungen, während vorher mehr oder weniger Retention bestand.

Paul Cohn-Berlin.

A case of senile hypertrophied prostate with markt urinary obstruction; Bottini operation, relief; later herniotomy, sepsis and erysipelas; death; pathological specimens showing effect of the Bottini operation. Von Lewis. (Amer. Journ. of Surgery and Gynekology. 1899.)

Bei einem 65jährigen Manne wurde wegen hochgradiger Harnbeschwerden, welche durch Hypertrophie der Prostata verursacht waren, die Bottinische Operation vorgenommen. Die günstige Wirkung derselben trat erst nach 10 Tagen ein und äufserte sich in bedeutender Herabminderung der Harnfrequenz und der Harnmenge, sowie des Residualharns. Auch wurde der Urin klarer. Der Pat. sollte entlassen werden, wollte sich aber noch eine grofse Hernie operieren lassen. Im Anschlufs an die Herniotomie trat Erysipel und Sepsis auf und der Pat. starb 2 Monate nach der Bottinischen Operation. Bei der Obduktion zeigte sich mächtige Hypertrophie beider Seitenlappen der Prostata. Die Incisionswunde von der ersten Operation (es war nur ein Einschnitt mit dem Thermokauter gemacht worden) erwies sich als vollständig verheilt.

von Hofmann-Wien.

A new method of performing perineal prostatectomy. Von Freyer. (Brit. Med. Journ., March 24, 1900.)

F. empfiehlt, falls es sich um Entfernung eines hypertrophischen Seitenlappens handelt, vorher eine Urethrotomia externa zu machen, den Finger

in die Blase zu führen und den zu excidierenden Tumor in die Perinealwunde zu drängen, was dessen Entfernung ungemein erleichtert und wesentlich ungefährlicher ist, als wenn man dieses Manöver von einer suprapubischen Cystotomiewunde aus vornimmt. Ein Fall, welchen F. auf diese Art operierte und dessen Krankengeschichte mitgeteilt wird, verlief vollständig glatt. Für Hypertrophien des mittleren Lappens ist diese Methode nicht anwendbar.

v. Hofmann-Wien.

De la prostatectomie périnéale. Von A. Gosset et R. Proust. (Annales des mal. des organes gén.-urin. 1900, Nr. 1.)

Verff. beschreiben zwei Operationsmethoden: die von Dittel und ihre eigene. Die Ausführung der letzteren ist folgende: der Kranke wird in hohe Steinschnittlage gebracht, dann wird eine transversale Incision gemacht, die vom Tuber ischii der einen Seite zu dem der anderen zieht und einen Finger breit vor dem Anus liegt. Eine zweite Incision geht von dem Ende der ersten rechterseits zur Spitze des Steifsbeines. Das Rektum wird darnach von der Prostata losgelöst, und die Pars prostatica der Harnröhre in ihrer ganzen Länge gespalten. Nach Exstirpation der Drüse wird die Harnröhre über einem Verweilkatheter vernäht. Die Operation ist nur bei nicht inficierten Prostatikern anwendbar.

Dreysel-Leipzig.

Prostatectomy and urethral resection. Von E. Fuller. (New York Academy of Med. Section on Surg. 1899, 11. Dez.)

F. stellt zwei Fälle von Prostatektomie und einen Fall von Resektion der Harnröhre vor. Bei dem ersten Kranken, einem typischen Prostatiker, ward die Prostata vom Perineum aus entfernt; der Erfolg war ein sehr guter: die Beschwerden schwanden völlig. Bei dem 2. Falle handelte es sich um eine akute Entzündung der Prostata und der Samenblase infolge von Gonorrhoe, verbunden mit Atonie der Blase. Die Prostata ward hier von der Regio suprapubica aus entfernt, eine zweite Incision der besseren Drainage wegen am Perineum angelegt. Der 3. Kranke litt an hochgradiger Harnröhrenstriktur, deren instrumentelle Behandlung sehr schwierig und schliefslich unmöglich war. Der strikturierte Teil der Urethra ward reseziert, die Enden wurden sorgfältig durch die Naht vereinigt. Das funktionelle Resultat war ein sehr gutes; nachträgliche Sondendilatation hatte nicht stattgefunden.

Dreysel-Leipzig.

Prostatectomy at seventy-one years of age. Von F. Hawkes. (New York Academy of Med. Section on Surg. 1899, 11. Dez.)

H. demonstriert einen 71jährigen Mann, der vor einem Jahre zwei schwere Anfälle von Urinretention gehabt hatte. Die Prostata war hart und vor allem nach der Blase zu stark vergröfsert. Da auch die Inguinaldrüsen geschwellt waren, bestand Verdacht auf Karcinom der Blase. Durch den hohen Steinschnitt wurden zuerst die lateralen Lappen, dann der mediane der Prostata entfernt und ein Verweilkatheter eingelegt. Zwei Monate später konnte der völlig normale Urin die ganze Nacht hindurch zurückgehalten werden.

Dreysel-Leipzig.

A case of prostatectomy. Von A. B. Johnson. (New York Academy of Med.; Section on Surg. 1899, 11. Dez.)

Der 60jährige Kranke J.s zeigte alle Erscheinungen einer hochgradigen Prostatahypertrophie. J. führte die Prostatektomie aus und legte in die Perinealwunde einen starken Katheter ein. Spontanes Urinlassen zum erstenmale am 18. Tage nach der Operation. Zur Vermehrung des Tonus der Muskulatur nahm J. den elektrischen Strom zu Hilfe und erzielte damit eine allmähliche Vermehrung der Urinausscheidung durch die Harnröhre. Zwei Monate nach der Operation war der Urin völlig normal geworden; das Urinieren ging leicht von statten und war nur in grofsen Intervallen nötig. Am Perineum war noch eine kleine Fistel vorhanden.

Dreysel-Leipzig.

Sur le traitement de la tuberculose de la prostate. Von Sarda-Toulouse. (Archiv. provincial. de chirurg. Nr. 3, März 1900.)

Verf. kommt in einer eingehenden Studie zu folgenden Schlüssen:

Die Tuberkulose der Prostata giebt bei lokaler medikamentöser Behandlung wenig befriedigende Erfolge, manchmal ist chirurgischer Eingriff geboten, am besten vom Damm aus als prärektaler Längsschnitt mit nachfolgender Auskratzung, wenn ein Abscess nach dem Damm durchzubrechen droht, als prärektaler Querschnitt, ein Finger breit vor dem After bei Prostatatuberkulose ohne Abscess- bezw. Fistelbildung nach dem Damm zu; sind Fisteln vorhanden, so soll man diesen nach der Prostata zu folgen. Zur Ausführung einer Prostatektomie, besonders wenn auch die Samenbläschen entfernt werden sollen, empfiehlt sich der Längsschnitt von Roux, Delagénière oder Guelliot. Die Allgemeinbehandlung ist ein wertvolles und nie aufser acht zu lassendes Unterstützungsmittel.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate. Von J. Albarran et N. Hallé. (Annal. des malad. des org. génito-urinaires, Nr. 2, Februar 1900.)

Hypertrophie. Das klinische Bild der Altershypertrophie der Prostata ist gut bekannt, besonders durch die meisterhaften Schilderungen Guyons in seinen einzelnen Phasen; von dem anatomisch-pathologischen Befund kann man das noch nicht sagen. Vielfach liegen den Beurteilungen vorgefafste theoretische Meinungen zu Grunde; nur histologische Studien können Klarheit bringen.

Zunächst fallen allen Beobachtern die kleinen, runden oder ovoiden, abgegrenzten Tumoren auf, die häufig, wie Thompson feststellt, vorkommen, aber durchaus nicht immer. Alle Autoren erkennen mehr oder minder rückhaltlos an, dafs diese durch die Drüsen der hypertrophierten Prostata gebildet werden.

Man unterscheidet mehrere Formen der Hypertrophie; in derselben Prostata können verschiedene Formen vorkommen: harte oder fibromyomatöse, weiche oder drüsige bezw. adenomatöse.

Von Motz erschien 1896 eine hervorragende Arbeit über 30 Prostata-

hypertrophien von Greisen, bei 15 wird die Schnittfläche in zwei Drittel oder mehr ihres Umfanges von Drüsengewebe gebildet, bei 10 nur von einem Drittel oder weniger, bei 1 fehlt dies vollständig. Arteriosklerotische Veränderung der Gefäfse beobachtete M. hier nur 9 mal und meist nur partiell. Auch Ciécanowskis 1899 erschienene Veröffentlichung ist von grofsem Interesse; von 60 hypertrophischen Prostaten betrafen nur 3 Fälle von Greisen. Ätiologisch pflegt an erster Stelle die Altersveränderung hervorgehoben zu werden; nicht mit Recht. Thompson stellte bei 164 Greisen zwischen 60 und 94 Jahren nur 34% fest: 97 normale, 56 hyper-, 11 atrophische Prostatas. Vulpeaus Vergleich zwischen den „Fibromen" der Prostata und den „Fibromen" des Uterus ist ebenso unrichtig wie die Annahme einer Analogie zwischen dem Bau der Prostata und dem des Uterus.

Eigene 100 Untersuchungen an Präparaten bejahrter Männer ergaben 32 mal ausschliefslich glanduläre, 51 mal gemischte, 3 mal rein fibröse Hypertrophie.

Die Veränderung des drüsigen Gewebes betrachten A. und H. als die primäre, die des Stromas als die sekundäre Veränderung.

14 von diesen 100 beobachteten Fällen boten deutliche epitheliale Neubildungen. Die Arbeit schliefst mit den eingehenden Krankengeschichten und Obduktionsbefunden dieser 14 Fälle. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die malignen Tumoren der Prostata mit besonderer Berücksichtigung des Karcinomes. Von R. Wolff. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1899, Sept.)

Die W.sche Arbeit stützt sich auf zwei eigene Beobachtungen und auf sorgfältige Litteraturstudien. Darnach entwickelt sich das Karcinom der Prostata im allgemeinen erst nach dem 50. Lebensjahre und vor allem bei Personen, die lange Zeit an Prostatahypertrophie gelitten haben. Die Kombination von beiden Affektionen macht die Diagnose oft sehr schwierig. Das Prostatakarcinom kann zu Urinretention, Kompression des Rektums führen, in seltenen Fällen fehlen mechanische Störungen ganz. Metastasen bilden sich am häufigsten in den Knochen. Die Cystoskopie ist, wenn der Mittellappen nicht mit ergriffen ist, diagnostisch wertlos. Da eine Frühdiagnose sehr schwierig ist, so ist die Prognose ganz infaust, und die Behandlung kann fast immer nur eine symptomatische sein. Dreysel-Leipzig.

Zur Kenntnis der Metastasen des Prostatakarcinomes und ihres diagnostischen Wertes. Von R. Wolff. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1899, Juli.)

W. berichtet über einen Fall von Prostatakarcinom mit Metastasen in Pleura, Lunge, Sacrum und Ilium. Der Mann war 67 Jahre alt und wegen Prostatahypertrophie kastriert worden. Die Prostata zeigte eine enorme, gleichmäfsige Vergröfserung. Der mikroskopische Befund an den affizierten Knochen war identisch mit dem von Recklinghausen beschriebenen. Der Fall ist ein neuer Beweis für die Häufigkeit der Knochenmetastasen bei Prostatakarcinom. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von Karcinom der Prostata. Von E. Bamberger und R. Paltauf. (Wiener klin. Wochenschr. 1899, 12. Nov.)

Der 52jährige Kranke klagte über Abmagerung und heftige Schmerzen im Rücken und der Blasengegend. Die Prostata war grofs, hart und höckrig. Im weiteren Verlaufe traten Karcinommetastasen in verschiedenen Knochen auf. Durch die nach dem Tode vorgenommene Untersuchung konnte festgestellt werden, dafs es sich sowohl bei dem Tumor der Prostata selbst als auch bei den Metastasen um Medullarkarcinome handelte.

Dreysel-Leipzig.

4. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Le sérum spermatocide et la theorie de l'immunisation. Von Pfeiffer. (La Presse Méd. Nr. 16, 24. Febr. 1900.) R. Romme.

Der Artikel bezieht sich auf eine Veröffentlichung Moxters „du laboratoire du professeur Koch, publiée dans la Deutsche medizinische Wochenschrift du 25. Janvier dernier", wie es im Original heisst; dies ist unrichtig; Moxters Arbeit ist zwar in der D. Med. W., aber unter Nr. 4 am 25. Jan. 1900 erschienen „über ein spezifisches Immunserum gegen Spermatozoen". Die vorliegende französische Arbeit geht von dem Satze Rogers aus, die Infektionen müssen nach dem Charakter der Reaktion des Organismus und nicht nach der Art der pathogenen Keime bestimmt werden und führt die zahlreichen Experimente Moxters an, welche die allgemeine Immunisationstheorie Pfeiffers bestätigen und die Behauptung gestatten, dafs das zellentötende Serum ebenso wirkt wie das bakteriumtötende.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Hodenverletzungen und die Regenerationsfähigkeit des Hodengewebes. Von Maximow. (Beitr. z. pathol. Anatom. u. z. allg. Pathol. Bd. 24, H. 2, 1899, p. 230—319, refer. ibid.)

Zur Histologie des äufseren Genitales. Von Tandler und Domény. (Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 54, 1899, p. 602—614, refer. ibid.)

Über Struktur und Histogenese der Samenfäden des Meerschweinchens. Von Mowes. (Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 14, 1899, p. 329—402, refer. ibid.)

Die 3 Referate enthalten nur technische Angaben über die anatom.-pathol. und mikroskopische Untersuchung der betr. Präparate ohne Mitteilung eines etwa erhobenen Befundes. Näheres mufs daher in den Originalarbeiten eingesehen werden.

Paul Cohn-Berlin.

The operative routes to the seminal vesicles. Von P. R. Bolton. Journ. of cut. and. gen-ur. diseas. 1899 pg. 551 und 579.

B. bespricht detailliert die operative Entfernung der Samenblasen von der Inguinalgegend, vom Perineum und der Sakralregion aus. Er hält die letztere Methode für die beste, da bei derselben das Operationsfeld am deut-

lichsten sichtbar gemacht wird. Zunächst wird die Rydygiersche Incision gemacht, dann das Rektum abpräpariert und Prostata und Basis der Blase freigelegt, worauf man je nach Bedürfnis ein oder alle beiden Vasa deferentia mit ihren Samenbläschen isoliert und entfernt. An die Besprechung schlofs sich die Beschreibung eines Falles, welcher von B. auf dem sakralen Wege mit gutem Erfolge operiert wurde. An den Vortrag knüpft sich eine kurze Diskussion. Barlow-München.

Operation for tuberculosis of the seminal vesicles. Von M. Moullin. (Edinburgh Med. Society 1900, 8. Jan.)

M. berichtet über 2 Fälle, bei denen er wegen tuberkulöser Erkrankung aufser Hoden und Samenstrang durch eine transversale Incision am Perineum auch beide Samenblasen excidierte. Beide Kranke genasen; bei dem einen blieb für einige Monate eine Urinfistel zurück. M. empfiehlt die Operation für alle Fälle von Hodentuberkulose, bei denen die Samenblasen vom Rektum aus deutlich zu fühlen sind. Dreysel-Leipzig.

Hemato-chondro-sarcoma of the right scrotum; castration, recurrent tumors, injection of Coley's fluid, death. Von M. Makuna. (Lancet 1899, 10. Dez.)

Der Inhalt des vorliegenden Aufsatzes ist durch den Titel genügend wiedergegeben. Dreysel-Leipzig.

The orchitis of mumps. Von C. Duces. (Lancet 1900, 6. Jan.)

D. hält die Orchitis bei Mumps nicht für eine Metastase und glaubt, dafs sie vor der Pubertät niemals auftritt. Bei einer Epidemie von 30 Fällen entwickelte sich bei 6 eine Orchitis, obwohl keiner der Kranken vor dem 8. Tage aufstand. Die Entwickelung der Orchitis geschah zwischen dem 3. und 8. Krankheitstage. Dreysel-Leipzig.

Epididymectomy. Von Southam. (Brit. Med. Journ., March 24, 1900.)

L. stellte in der Manchester Med. Society einen 36jährigen Patienten vor, welchem er den rechten Nebenhoden nebst einem 11 cm langen Stücke des Samenstranges wegen Tuberkulose reseziert hatte, nachdem wegen derselben Erkrankung vier Monate vorher der linke Hoden entfernt worden war. Der Vortragende tritt warm für die Vornahme radikaler Operationen bei Hodentuberkulose ein und will auf diese Weise sehr gute Resultate erzielt haben. Psychische Störungen, wie sie von manchen Seiten nach doppelseitiger Kastration beschrieben worden sind, hat er niemals beobachtet.

v. Hofmann-Wien.

Gegen die Kastration bei Tuberkulose des Nebenhodens. Von Prof. E. Albert-Wien. (Die Therap. der Gegenw. 1900, Nr. 1.)

In dem obigen kleinen Aufsatze warnt Albert dringend vor der Kastration des tuberkulösen Nebenhodens. Er hat 10 Jahre lang einen Fall von Tuberkulose des Nebenhodens beobachtet, bei dem eine Allgemeintuberkulose ausblieb und der Patient, von kleinen gelegentlichen Eiterungen abgesehen, keine Beschwerden hatte. Umgekehrt sah er in Fällen, in denen eine einseitige

Kastration vorgenommen worden war, kurz darauf die andere Seite erkranken und die Allgemeintuberkulose blieb nicht aus. Albert vertritt hier genau wie bei der Gelenktuberkulose der Kinder den konservativen Standpunkt, er begnügt sich da, wo der Kranke eine Operation verlangt, den tuberkulösen Herd zu eröffnen und auszukratzen. Ludwig Manasse-Berlin.

Eine neue Operationsmethode der Varicocele. Von Parora. (Il horgagni, 25. März 1899.)

Der Leistenring wird freigelegt, der Hoden herausgenommen, die Vaginalis incidiert, der Hoden durch diese Öffnung gezogen, und die Vaginalis über ihn weg nach dem Leistenring hinaufgeschoben und zwar unter Mitnahme der dilatierten Venen. Sodann werden die Ränder der incidierten Vaginalis rings um den Leistenring angenäht, wodurch die ektasierten Venen wie in einem Suspensorium aufgenommen sind.

Federer-Teplitz.

Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Samenstranges. Von Sasse. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 59, S. 3.)

Der von S. angeführte Fall betrifft einen 48jährigen Mann, der seit 4–5 Jahren in der linken Seite des Skrotums einen langsam wachsenden Tumor bemerkte. Vor kurzem spürte er nach dem Heben einer schweren Last plötzlich heftigen Schmerz in der rechten Seite des Skrotums. Der Skrotum war geschwollen; in ihm liefsen sich zwei elastische Körper nachweisen, von denen der links gelegene beinahe dreimal so grofs als der rechte war; Empfindlichkeit bestand, doch nur auf der rechten Seite. Bei der Operation fanden sich links zwei Cysten, die entfernt wurden, der Hoden selbst war normal. Rechts waren Hoden und Nebenhoden geschwollen und teilweise nekrotisch. Sie waren an einem dünnen, fest zusammengedrehten Strang befestigt, der Vas deferens und Blutgefäfse enthielt. Die Tunica vaginalis war mit dicker blutiger Flüssigkeit angefüllt. Hoden und Nebenhoden boten im Inneren das typische Bild des hämorrhagischen Infarktes.

Dreysel-Leipzig.

Tumor des Samenstranges. Von Marnoch. (Scottish Med. and Surg. Journ. Juli 1899.)

Ein 63jähriger Mann erlitt eine Verletzung durch einen Stier in der Weiche; es trat eine Schwellung auf, die bald zurückging. Einige Monate später bildete sich eine haselnufsgrofse harte Schwellung oberhalb des äufseren Leistenringes; sie wurde immer gröfser und verursachte Schmerzen. Bei der Operation fand sich ein Tumor, der durch einen schmalen Stiel mit dem Samenstrang verbunden war. Mikroskopisch erwies er sich als Fibrolipom mit myxomatös degenerierten Stellen. Federer-Teplitz.

Tuberculose épididymo-testiculaire. — Forme massive. — Poussée inflammatoire de la vésicule séminale correspondante. — Integrité du canal déférent. — Castration. Von J. Bouglé. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Dez. 1899.)

Der 20jährige Kranke merkt zufällig an seinem rechten Hoden eine Vergröfserung; aufser leichtem Gefühl von Schwere keine subjektiven Be-

schwerden. Rechter Hoden und Nebenhoden bilden eine hühnereigroße seitlich abgeflachte Geschwulst; Hoden und Nebenhoden nicht abzugrenzen; Geschwulst gleichmäßig fest, schmerzlos bei Betastung; kein Erguß; Samenstrang und Vas deferens frei selbst bis in die Nähe des Nebenhodens. Zunächst drängt sich der Gedanke, daß ein Sarkom vorliegt, auf, da sonst keinerlei Krankheitserscheinungen bestehen. Prostata klein, doch rechtes Samenbläschen enorm vergrößert und empfindlich. Linker Hoden klein, atrophisch; der Nebenhoden zeigt zwei linsengroße atrophische Cysten. Therapeutisch werden zunächst Kamphernaphtholinjektionen in den Tumor gemacht, 0,5—1,0 ccm, 1 bis 2 mal wöchentlich, mehrere Monate lang. Heilerfolg gleich Null.

Die Größe der Geschwulst blieb unverändert, doch ihre Konsistenz veränderte sich, blieb an einzelnen Stellen hart, wurde an andern weich, fluktuierend: Hoden und Nebenhoden konnten wieder abgetastet werden; hauptsächlich vergrößert erwies sich ersterer. Am interessantesten ist, daß die Samenbläschenanschwellung und mit ihr die Empfindlichkeit kontinuierlich abnahm und ungefähr 6 Monate nach Beginn der Behandlung das rechte Samenbläschen wieder normal zu nennen war. Der Allgemeinzustand geht trotz guter Pflege zurück; nach einem leichten Influenzaanfall Abmagerung und häufiges Nasenbluten. Dies war im Oktober. Da die Hodenschwellung sich nicht mehr ändert, am 6. Dezember rechtsseitige Kastration — der Kranke hatte sich im Januar vorgestellt. Das Vas deferens erwies sich als durchaus gesund. B. hält in Fällen, wie dem vorliegenden, möglichst rasche radikale Operation bei der Aussichtslosigkeit anderer lokaler Therapie und der Gefahr, welche dieser Krankheitsherd für den ganzen Organismus bildet, am Platze. Sedlmayr-Straßburg i. E.

Treatment of surgical tuberculous affections. Von W. Cheyne (Lancet 1899, 30. Dez.)

Von den männlichen Zeugungsorganen sind tuberkulös erkrankt am häufigsten die Nebenhoden. Von diesen aus greift der Prozeß meist auf Hoden, Samenblasen und Prostata über. Eine nicht operative Behandlung ist angezeigt, wenn die Erkrankung einen chronischen Charakter und Neigung zur Heilung hat. Für solche Fälle sind allgemeine hygienische Maßnahmen zur Kräftigung des Ernährungszustandes, bei starken Schmerzen Belladonnasalbe am Platze. Operativ kommen in Betracht: Auskratzung, Epididymektomie und Kastration. In frühen Stadien ist die Epididymektomie eine genügend radikale Behandlung und sollte der Auskratzung immer vorgezogen werden. Da die Kastration meist eine doppelseitige sein muß und darum große moralische Depression verursacht, so sollte sie nur im Notfalle ausgeführt werden. — Tuberkulose der Blase tritt meist sekundär bei Nierentuberkulose auf; sie führt zu Ulcerationen. Die Behandlung kann eine interne und eine chirurgische sein, sicher ist der Erfolg jedoch bei keiner Methode. Jodoformglycerininjektionen sind von geringem Nutzen, Arg. nitr. ist sehr schmerzhaft. Öffnung und Drainage der Blase sind häufig von gutem Erfolge. Daneben empfiehlt sich noch Auskratzen und Kautheri-

sation der Geschwüre. Ch. hat fünf Fälle auf diese Weise behandelt und bei vier Besserung, bei einem vollständige Heilung erzielt. — Tuberkulose der Niere ist häufig. Vor jeder Operation ist genau der Sitz der Erkrankung und die Beschaffenheit der anderen Niere festzustellen. Die Nephrotomie darf nur als temporäres Hilfsmittel, als Vorbereitung zur Nephrektomie gelten. Letztere ist contraindiziert, wenn noch andere Organe in hochgradiger Weise erkrankt sind. Partielle Nephrektomie giebt in frühen Stadien der Krankheit bisweilen sehr gute Resultate.

Dreysel-Leipzig.

Des crises testiculaires dans la filariose. Von L. Rénon. (La Presse Méd. Nr. 24, 24. März 1900.)

Bei einem Kranken, der von Quadeloupe stammte, trat die Filaria sanguinis (das Blut zeigte sich embryonenhaltig) seit 10 Jahren, ungefähr 2 mal jährlich, ohne jede Prodromalerscheinungen, ausschliefslich in der Form heftigster Hodenschmerzen auf. Der Kranke erwachte unter heftigen Schmerzen und Anschwellung des rechten Hodens; die Schmerzen erinnerten an Nierenkoliken. Manchmal ohne, manchmal mit Fieber, das innerhalb 24 bis 36 Stunden von selbst verschwand. Nach den letzten Attaken rechtsseitige Hydrocele, die durch Radikaloperation glatt beseitigt wurde. Ödeme waren früher nur zweimal flüchtig am Skrotum und am rechten Fufse aufgetreten und nach kaum 24 Stunden vorübergegangen. Diese Attaken sind seit 1894 von Audoin in Haïti beschrieben und auf die Anwesenheit von Filaria in den Lymphwegen des Hodens zurückzuführen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Behandlung der Tuberkulose des Hodens. Von Delbet. (Journ. des Praticiens 1899, Nr. 28.)

Die Tuberkulose lokalisiert sich gewöhnlich im Nebenhoden; der Hoden wird selten affiziert. Es ist daher nicht nötig zu kastrieren, sondern nur zu resezieren. Die Kranken sind nachher zwar steril aber kohabitationsfähig. Veränderungen der Prostata und Samenbläschen gehen nach der Operation zurück.

Federer-Teplitz.

Über Hodentuberkulose. Von Felizet. (Revue mensuelle des mal. de l'enfance 1899, XVII.)

Hodentuberkulose bei Kindern kommt am häufigsten im frühen Lebensalter zur Beobachtung. Von 58 Fällen F.s waren nur wenige über 7 Jahre alt. Immer war der Nebenhoden mit ergriffen, bisweilen die Affektion auch auf letzteren allein beschränkt. Eine Miterkrankung des Samenstranges liefs sich nur selten konstatieren. Das klinische Bild bei Kindern ist von dem der Erwachsenen etwas verschieden. Bei ersteren ist Hydrocele selten, der Verlauf oft ein rapider. Die Behandlung hat sich nach dem Befund zu richten: Bestehen keine Verwachsungen mit der Tunica vaginalis, dann sind Jodinjektionen und interne Behandlung am Platze; ist der Testikel mit dem Skrotum adhärent, dann mufs Incision, Auskratzung und Kauterisation er-

folgen. Bei Vereiterung und schlechtem allgemeinen Ernährungszustand Kastration; ausschlaggebend für letztere ist bei Kindern mehr der Allgemeinzustand als der lokale Befund. Dreysel-Leipzig.

Die teratoiden Tumoren des Hodens. Von Garbarini. (Il horgagni 1899, Nr. 3.)

Verf. hält die Neubildungen dieser Art für gutartig; doch kann es zu sekundärer maligner Entartung kommen. Seine erste Behauptung stützt er auf Grund sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung.

Federer-Teplitz.

Lymphadénome du testicule. Von H. Morestin. (Soc. anat. April 1899.)

Der vom Verf. beobachtete Tumor gehört zu den gröfsten Seltenheiten und zeichnet sich von den übrigen bisher mitgeteilten Fällen aufser durch sein einseitiges Auftreten noch durch seine grofse Härte und seine höckerige Beschaffenheit aus. In den letzten Monaten war die Geschwulst rapid bis zu Puteneigröfse gewachsen, während seit langer Zeit schon nach Angabe des Pat. die kranke Seite etwas stärker gewesen war als die andere. Von irgend welchen Metastasen wurde nichts beobachtet, nur der Nebenhoden, welcher beim Lymphadenom im Gegensatz zum Sarkom meist frei bleibt, war hier mitergriffen. König-Wiesbaden.

Über Hodensarkom. Von Kober. (Americ. Journ. of. med. Sciences, Mai 1899.)

In 4,3% von 114 Fällen entwickelte sich das Sarkom des Hodens nach einem Trauma oder bei Kryptorchismus. 71% betrafen das Alter zwischen 20 und 50 Jahren. In 42,6% handelte es sich um Rundzellen- oder Medullarsarkom. 41 starben innerhalb eines Zeitraumes von wenigen Tagen bis zu 3 Jahren nach der Operation, 35 waren noch 6—15 Jahre nach der Operation am Leben. Federer-Teplitz.

5. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Ein Fall von Hermaphroditismus. Von Martinets. (Journ. des Praticiens 1899, Nr. 26.)

Es handelt sich um ein Individuum, dessen Äufseres ausgesprochen weiblichen Charakter hat. Dasselbe besitzt einen 3½ cm langen clitorisähnlichen hypospadischen Penis. Die Harnröhrenöffnung befindet sich ca. 1 cm unterhalb der Peniswurzel. Die Ränder des auf der unteren Fläche gespaltenen Präputiums setzen sich nach hinten fort und bilden unterhalb des Penis zwei kleine Wülste, die kleinen Schamlippen entsprechen.

Im unteren Teil des Raumes, den diese einschliefsen, liegt das Orificium, durch welches man in die ca. 8 cm tiefe enge Vagina gelangt. Am Grunde derselben findet sich ein trichterförmiger Blindsack.

Nach aufsen von den Schamlippen liegen zwei Wülste, die den Labia majora gleichen und je ein ovoides, elastisches Gebilde enthalten, die der

Verfasser für Hoden hält. Uterus und Prostata sind nicht vorhanden. Nach Ansicht des Verfassers ist das Individuum ein Mann mit Hypospadie und gespaltenem Hodensack. Federer-Teplitz.

Examen histologique de la glande génitale d'un hermaphrodite. Von Cornil. (Bullet. et mémoir. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

Das Präparat stammte von einem Hermaphroditen. Der Umfang, die ovoide abgeplattete Form, die dicke fibröse Hülle liefsen zunächst nicht erkennen, ob es sich um einen Eierstock oder einen Hoden handelte. Doch beseitigten das Vorhandensein ausgebildeter Graafscher Follikel, von Eihäuten und von Corpora lutea jeden Zweifel.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Präputium. Von Englisch. (Eulenburgs Realencyklop, Bd. XIX.)

Verf. beschreibt die Formen von angeborener Abnormität des Präputium. Mangelhafte Entwickelung, dauernde Verklebung, Verwachsung mit der Eichel etc. Totaler Mangel ist selten, häufiger das Vorkommen von Rudimenten. Bei Hypospadie ist es unten offen, manchmal ist es vollständig gespalten.

Bei zu enger Öffnung des Vorhautsackes kommen infolge Smegmaansammlung Entzündungen vor. Auch vollständige, angeborene Undurchgängigkeit kommt vor, die sofort operiert werden mufs.

Die Phimosis kann angeboren und erworben sein. Spaltung des inneren Blattes bei angeborener Phimosis kann dieselbe oft beheben.

Enuresis nocturna ist eine Folge der Phimosis. Die Behandlung besteht in Dilatation, Incision, Excision und Cirkumcision. Zur Erweiterung benutzt man Laminaria, Presschwamm u. a. Auch häufiges Retrahieren führt zum Ziel. Bei der Incision führt man den Schnitt gewöhnlich am Dorsum. Der doppelseitige, parafrenuläre Schnitt läfst der Glans ihre Bedeckung. Ist das innere Blatt sehr verengt, so ist die Cirkumcision angezeigt. Ist bei Paraphimose Gefahr vorhanden, dafs Gangrän eintritt, mufs sofort der Schnürring gespalten werden mit womöglich darauf folgender Cirkumcision.

Zu den Neubildungen der Vorhaut gehören die zwischen den Blättern oder auf der Innenfläche liegenden Atherome, ferner Papillome, Epitheliome und Cornua cutanea; durch mineralische Niederschläge an Epithelialablagerungen entstehen Konkrementbildungen. Federer-Teplitz.

Paraphimose mit Gangrän. (New York, Med. Wochenschr. Novemb. 1899.)

In der „wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Ärzte in New-York (Sitzung vom 22. September 1899) stellt A. Jacobi ein Kind von $8^1/_2$ Jahren vor, bei dem sich wahrscheinlich infolge von Onanie eine starke Schwellung des Präputium unter den Erscheinungen einer Paraphimose mit lokalem Substanzverlust durch Gangrän entwickelt hat.

Ludwig Manasse-Berlin.

Sur un cas de gravelle phosphatique. Von Boursier. (La Presse Méd. Nr. 20, 10 März 1900.)

B. berichtet über einen Kranken, einen Geistlichen, der vor einigen Monaten einen Anfall von Nierenkolik gehabt hat. Derselbe hatte eine Phimosis mit enger Öffnung und im Präputialsack sehr viel von bröcklicher Masse. Nach Entfernung derselben war der Harngries wesentlich verringert. Desnos weist in der Debatte u. a. darauf hin, dafs die primitivste Reinlichkeit der Genitalien bei manchen Männern sehr im Argen liegt und dafs man, wenn es notwendig wird, diese Körpergegenden zu untersuchen, sehr oft dicke schleimige Massen auf der Eichel, eine dieser Schleimhaut ganz besonders eigene violette Färbung und selbst Ulcerationen finden kann.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über den Gehalt des Smegma an Bakterien und baktericiden Eigenschaften der Vorhautschleimhaut. Von Cao. (Giornale italiano delle malattie venere della pelle, Heft IV, 1899.)

Nach Untersuchungen des Verf. enthält das Smegma fast konstant die gewöhnlichen pathogenen Keime und Saprophyten der äufseren Luft. Diese Keime können virulente Eigenschaften besitzen. Die Schleimhaut des Präputiums besitzt mikrobicide Eigenschaften, welche auf die vitale Thätigkeit seiner Epithelien zurückzuführen sind. Federer-Teplitz.

Über „chronische venerische Geschwüre" (chronic venereal sores). (Lancet 17. Juni 1899.) Diese Krankheit ist auch bekannt unter dem Namen „Groin ulceration", „Leistengeschwüre", speziell im Gebiete von Britisch Guiana.

Ein 30jähriger Hindu kam mit ausgedehnter Geschwürsbildung am Penis und in der Leiste zur Aufnahme. Bei dem sonst gesunden und kräftigen Manne fand sich an der unteren Fläche der Glans und des Corpus cavernosum penis ein ziemlich ausgedehntes, nicht erhabenes Geschwür mit glatter Oberfläche, welche mit zahlreichen weifsen Flecken von neuentstandenem Epithel besetzt war. Das Leistengeschwür war auf der Unterlage beweglich, ohne Induration. Die Oberfläche ist schmutzig rosa, wachsartig. Die bisherige Behandlung war von geringem Erfolg begleitet. Die Krankheit ist eine kontagiöse, venerische, autoinoculable. Man kann die Excision versuchen; auch Auskratzen mit nachheriger Anwendung von Wiener Paste ist zu empfehlen. Federer-Teplitz.

Über Herpes genitalis. Von M. Gaucher-Paris. (Indépendance med. 1899.

Nach Ansicht des Verf. entsteht dieser Herpes durch äufsere Veranlassung zum Unterschiede von dem Herpes, der auf innerer nervöser Störung basiert. Auch ein internen Ursachen folgender Herpes kann sich an den Genitalien lokalisieren. Die Ursachen sind: Einfacher Coïtus, Exzesse beim Coïtus, Absonderungen blennorrhoischer oder schankröser Natur der weiblichen Genitalien. Zur Entstehung gehört nebenbei noch eine konstitutionelle Veranlagung.

Eine lokale Prädisposition veranlafst durch vorhergegangene venerische

Affektion der Genitalien braucht man nicht anzunehmen, da viele an Herpes Leidende keinerlei venerische Affektion hatten. Therapeutisch giebt er Amylum oder Talcum mit Alaun gemischt an; gegen hartnäckige Efflorescenzen 5% Lapislösung.

Gegen die Disposition Arsenik, Schwefelbäder.

Federer-Teplitz.

Épispadias féminin. Von P. Audion. Bullet. et mémoir. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

Demonstration der Genitalien eines frühgeborenen (1840 gr schweren) Mädchens, das 7 Tage nach der Geburt starb. 3 mm über der Commissur. super vulv. Urethralmündung; Symphyse zeigt einen 1 cm betragenden Spalt, Clitoris fehlt. Die kleinen Schamlippen sind sehr stark, die grofsen geradezu wulstartig entwickelt. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hypospadia coronaria. (Med. pharmaceutischer Verein zu Bern, Nov. 99.) (Med. Woche.)

Niehaus stellte 2 Fälle von Hypospadia coronaria vor, die nach der Beck- v. Hackerschen Methode operiert worden waren. In dem einen Falle handelte es sich um einen 38jährigen Mann mit engem Orificium am Sulcus coronarius, im anderen Falle um einen 14jährigen Pat. mit ebenfalls sehr engem Orificium dicht hinter dem Sulcus. Bei letzterem füllte sich beim Urinieren der hintere Teil der Urethra prall an. Während im ersten Falle eine längere Nachbehandlung mit Bougies vorgenommen werden mufste, weil die Urethra in dem neugeschaffenen Kanal durch Konstriktion des Gewebes der Glans verengt wurde, war im zweiten Falle das Resultat der Operation ein derart günstiges, dafs gleich nach derselben leichte Urinentleerung im Strahl erfolgte. Thümmel-Leipzig.

Hypospadias; reconstitution de l'urètre d'après la méthode de Nové-Josserand (greffes dermo-épidermiques); présentation du malade un an après l'opération. Von Tuffier. (La Presse Méd. Nr. 24, 24. März 1900.)

Demonstration eines Mannes, dem von der Harnröhrenmündung bis zum Hodensack aus der Haut seines Armes eine neue Harnröhre vor 1 Jahre gebildet worden war. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Cavernitis und Lymphangioitis penis. Von Horowitz. (Wiener med. Presse Nr. 10, 1900.)

H. unterscheidet vier Formen von Penisverhärtungen: syphilitische, gonorrhoische, traumatische und senile. Mit Ausnahme der letztgenannten Form setzen dieselben alle als akute Cavernitis ein. Die traumatische und die gonorrhoische Cavernitis sind von einer Lymphangioitis begleitet. Die Prognose ist nicht sehr günstig; am besten ist sie noch bei den syphilitischen und traumatischen Formen. von Hofmann-Wien.

Zur Übertragung der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision. Von Neumann. (Wiener med. Presse, Nr. 13, 1900.)

N. macht auf die Schädlichkeiten aufmerksam, welche die ohne jegliche

Antisepsis durch Laien ausgeführte Beschneidung zur Folge hat. Vor allem hält N. die durch Infektion von Seite eines tuberkulösen Beschneiders hervorgerufenen Impftuberkulosen für häufiger, als man gewöhnlich annimmt, da dieselbe sehr oft mit anderen, namentlich venerischen, Affektionen verwechselt werden. Verf. hatte Gelegenheit, vier Kinder mit Impftuberkulose zu behandeln, an denen von demselben, wie sich bei einer späteren Untersuchung herausstellte, tuberkulösen Beschneider die Cirkumcision vorgenommen worden war. Aufser den von N. behandelten sollen in derselben Ortschaft noch mehrere Kinder an der gleichen Affektion erkrankt gewesen sein. Zum Schlusse betont N. die Notwendigkeit sanitärer Mafsregeln speziell gegen diese Art der Tuberkuloseübertragung. v. Hofmann-Wien.

Foreign body in the male urethra. Von Harley. (Brit. Med. Journ., March. 17. 1900.)

Die Entfernung einer 15 cm langen, abgebrochenen Hutnadel aus der Urethra gelang nach fruchtlosen Bemühungen mit verschiedenen Zangen erst mittelst der Haarkräuselzange der Frau des Patienten. Glatte Heilung.

v. Hofmann-Wien.

Foreign body in the male urethra. Von Wilson. (Brit. Med. Journ., Febr. 24. 1900.)

Ein Matrose hatte sich im Rausche eine Hutnadel von 16 cm Länge in die Harnröhre gesteckt, wobei ihm dieselbe entschlüpfte, so dafs er sie nicht mehr herausziehen konnte. Als W. den Kranken zu Gesicht bekam, hatte sich die Spitze der Nadel durch die Glans penis durchgebohrt, während man tief im Perineum den Knopf fühlen konnte. W. zog zunächst an der Nadelspitze, bis der Knopf im Eichelteile der Harnröhre erschien, machte dann eine Drehung und schob dann die Nadel mit dem kugeligen Ende voran beim Orific. ext. heraus. Glatte Heilung. v. Hofmann-Wien.

Corps étrangers de l'urètre. Von Bazy. (La Presse Méd. Nr. 18, 3. März 1900.)

Demonstration einer Kanüle für Darmausspülung, die eine Frau „aus Versehen“ in die Harnröhre eingeführt hatte.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Foreign body in urethra. Von L. M. Greene. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 10. Febr.)

Der Fall G.s betrifft einen 43jährigen Mann mit einem Bleistifte in der Harnröhre; es bestand ausgedehnte Urinextravasation der Regio perinealis und pubica, aufserdem Harnträufeln. Durch eine Incision am Perineum ward der Bleistift entfernt. Dieser hatte die ganze Pars pendula der Harnröhre passiert, hatte dann das Gewebe perforiert und war in die Fossa ischiorectalis der linken Seite gelangt. Die Wunde ward über einem Metallkatheter vernäht und war nach 6 Wochen verheilt. Durch eine 3monatliche Sondenbehandlung wurde vollständige Genesung erzielt. Dreysel-Leipzig.

Rupture urétrale. Von Leguen. (La Presse Méd. Nr. 18, 3. März 1900.)

Totale Harnröhrenzerreifsung bei einem kleinen Knaben veranlafste

Urethrotom. ext. Das centrale Ende nicht auffindbar. Sect. alt. Retrograder Katheterismus. Vernähung der Harnröhre. Heilung p. p. i.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

a) **Double taper steel sound.** Von Keyes. (New York Acad. of Med. Sect. of gen.-ur. surg. 9. Mai 1899. Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pg. 413.)

b) **New urethral dilatator.** Von Otis u. K. Newell. New York Acad. of Med. 9. Mai 1899. Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1899, pg. 414.)

Das Instrument Keyes' stellt eine Sonde mit Thompsonscher Krümmung dar. Die Krümmung selbst ist konisch, dann folgt ungefähr 1 Zoll lang eine bedeutende Zunahme des Kalibers, welches sich allmählich wieder verschmächtigt und zwar um mehrere Nummern. Keyes glaubt, dafs dieses Instrument dem Patienten angenehmer ist wie eine gleichmäfsig kalibrierte Sonde, da die Stelle, welche das stärkste Kaliber enthält, rasch durch das Orificium durchgeht und dann bei der weiteren Einführung die Harnröhrenmündung nicht mehr übermäfsig gedehnt wird.

Der Dilatator Newells besteht aus einem mit Rinne versehenem Stabe, an dem ein filiformes Bougie angeschraubt ist. Dieser mit Rinne versehene Stab dient als Führung für den Dilatator, welcher aus einem hohlen röhrenförmigen Instrumente besteht. Eine Platte, welche am unteren Ende des hohlen Instrumentes sich befindet, passiert in der Rinne und da die Rinne schon in der Striktur liegt, so gelingt die Dehnung mit Sicherheit. Da Newell die Erfahrung gemacht hat, dafs die meisten Dilatatoren zu lang sind, so hat er die Länge seines Instrumentes, soweit es in der Harnröhre zu Operationszwecken in Frage kommt, auf 7 Zoll reduziert.

An beide Demonstrationen schliefst sich eine länger dauernde Diskussion.

Valentine hält Keyes Sonde für nicht besonders zweckmäfsig. Ein Instrument, welches den Meatus zu leicht passiert, liegt immer lose in der Harnröhre und kann infolgedessen nur geringere Druckwirkung ausüben. Was das Newellsche Instrument anlangt, so hat Val. keine speziellen Erfahrungen mit demselben, doch glaubt er, dafs die Einführung eines filiformen Bougies, welches 24 Stunden liegen bleibt, wesentlich bessere Resultate zeitigt als jeglicher Versuch unmittelbar nach Einführen eines filiformen Bougies die Striktur zu dehnen. Wenn ein filiformes Instrument 24 Stunden in einer Striktur verweilt hat, kann man immer leicht eine Sonde von 3—4 selbst 5 oder 6 Nummern stärkeren Kalibers einführen. Aufserdem wirkt das Newellsche Instrument nur als Divulsor bei weichen Strikturen, während bei harten wahrscheinlich die Striktur vor dem Instrumente hergeschoben würde und die Urethra zerren würde, ohne einen Erfolg zu zeitigen.

Van der Poel, welcher ebenfalls keine Erfahrung mit Keyes' Instrumente hat, kann sich vorstellen, dafs bei einer tiefgehenden Striktur und bei engem Meatus das Instrument ganz nützlich sein kann. Bei chronischer Urethritis glaubt er, dafs ein gewöhnliches konisches Instrument besser

wirkt, zumal wenn der Sitz der chronischen Affektion nicht gerade der Stelle entspricht, an die die stärkst kalibrierte Partie der Keyesschen Sonde zu liegen kommt. Was Newells Instrument anlangt, so glaubt v. d. P., dafs es überflüssig ist, bei weiteren Strikturen, während bei engeren ihm die Guyonsche Modifikation des Béniqué besser erscheint.

Petersen schliefst sich in Bezug auf Keyes, Instrument den Ansichten v. d. P. an; das Newellsche Instrument hält er für zu kompliziert, glaubt auch nicht, dafs es lang genug ist und ist ebenfalls der Meinung, dafs das Instrument leicht Strikturen vor sich herschiebt.

Klotz schliefst sich den Ausführungen v. d. Poels betreffs beider Instrumente an.

Chetwood und Guitéras halten Keyes' Instrument für gut, der letztere hat auch Newell mit seinem Instrumente einigemale mit Erfolg arbeiten sehen.

Anschliefsend ein Schlufswort von Newell und Keyes.

Barlow-München.

A new flexible catheter. Von Mac Lennan. (Brit. Med. Journ., March 17, 1900.)

Verf. verfertigt seine Katheter, welche sich zwar nicht durch Hitze, aber sehr gut durch Antiseptica sterilisieren lassen, aus Leinengewebe, welches sucessive mit mehreren Schichten Gelatine überzogen wird. Ist die letzte Schicht getrocknet, so taucht man den Katheter in 40% Formalinlösung, wodurch die Gelatine fixiert wird. v. Hofmann-Wien.

Zur Tamponade der Urethra. Von S. Kofmann. (Centralbl. f. Chir. 1899, Nr. 14.)

Ein mit Blennorrhoe behafteter Mann bekommt eine starke Blutung aus der Urethra. K. führte mit einer Knopfsonde einen in Solut. alumin. acet. getauchten Gazestreifen ein und stopfte damit die Urethra aus. Da nach Wegnahme eine neuerliche Blutung eintrat, mufste die Tamponade wiederholt werden. Federer-Teplitz.

The plastic repair of urethro-perineo-scrotal fistulae. Von E. H. Fenwick. (Edinburgh Med. Jour. 1899, Nov.)

Bei der Behandlung der Urethroperinealfisteln hat F. die alte Methode des Aufschlitzens des Fistelganges und Ausstopfens mit Gaze verlassen. Er empfiehlt statt dessen das Ausschneiden des gesamten Ganges und Vernähung der Ränder. Von 35 auf diese Weise operierten schweren Fällen trat bei 6 ein Recidiv ein. Die Operation ist nur bei chronischen Fällen anwendbar; etwaige Harnröhrenstrikturen müssen vorher beseitigt werden.

Dreysel-Leipzig.

Asportazione della guaina peniena et ferita dell'uretra per tentativo di evirazione. Autoplastica, guarigione. Von N. Furgiuele. (Riforma med. 1898, Nr. 24.)

An dem Kranken F.s hatte die Ehefrau aus Eifersucht einen Entmannungsversuch gemacht. Der Penis war dadurch von der Symphyse bis zum Sulcus coron. der Oberhaut vollständig beraubt worden, aufserdem

fanden sich noch am Corpus cavernosum und an der Urethra in der Gegend der Basis des Frenulums Verletzungen. F. vernähte zunächst nur die Wunden an Harnröhre und Schwellkörper. Als sich dann später genügend Granulationen gebildet hatten, deckte er den Defekt mit einem vom Skrotum genommenen gestielten Lappen. Der Penis hatte nach der Operation ein völlig normales Aussehen, nur fehlte das Präputium; der Coitus war leicht ausführbar. Dreysel-Leipzig.

Über die Regeneration der männlichen Harnröhre. Von Dr. Giuseppe Ingianni-Genua. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. 54, Hft. 3 u. 4.)

Verf. kommt in seiner sehr ausführlichen Arbeit, in welcher er über Experimente, die er an 26 Hunden ausgeführt, berichtet zu folgenden interessanten Schlufssätzen:

1. Man kann experimentell die Regeneration eines mehr oder weniger grofsen Abschnittes der Urethra erzielen.

2. Die Wandschichten, welche sich dabei regenerieren, sind die Schleimhaut und die cavernöse Gewebsschicht; eine Regeneration der Muscularis läfst sich nicht in der gleichen Weise beobachten.

3. Die Regeneration geht von den restierenden Stümpfen der Harnröhre aus, welche proliferieren und sich über der vom Katheter gebildeten Unterlage modellieren.

4. Die Regeneration des cavernösen Gewebes beginnt mit der Proliferation der Endothelien, welche die Hohlräume auskleiden, die bei der Entfernung eines Harnröhrenabschnittes eröffnet werden. Sie überziehen die neuen Hohlräume, welche sich im Granulationsgewebe sinusartig bilden. Möglich erscheint auch, dafs das cavernöse Gewebe sich auf dem Wege der Bildung von Endothelknospen regeneriert. Letztere schlagen dann analoge Wege ein wie bei der Gefäfsneubildung.

5. In dem cavernösen Gewebe erreichen die Sinus bei ihrer Neubildung zuerst ihre gröfste Weite zwischen dem 15. und 30. Tag, um sodann infolge der Schrumpfung des umgebenden Bindegewebes eine Verminderung des Lumens zu erfahren. Völlige Obliteration ist aber eine Ausnahme.

6. Von dem geschichteten Plattenepithel der Resektionsstümpfe pflanzt sich in der ersten Zeit ein einschichtiges Epithel fort, welches die neugebildete cavernöse Schicht überzieht. Sehr bald aber beginnt eine lebhafte Kernteilung und Zellvermehrung und es entsteht dadurch ein mehrschichtiges Epithellager.

7. Die Regeneration der verschiedenen die Harnröhre zusammensetzenden Schichten ist aber abhängig von dem Reaktionsprozefs, welcher nach der Operation auftritt; je geringer die folgende Entzündung ist, um so rascher wird sie beendet oder hört auf.

8. Pflanzt man einen kleinen Harnröhrenstumpf in einen künstlichen unter der Haut geschaffenen Kanal, so vergröfsert er sich und kleidet die innere Wand des neuen Ganges aus; man kann so künstlich eine völlig neue

Harnröhre schaffen, welche nach Struktur und Funktion an die normale erinnert und sie ersetzen kann.

9. Die Schichten der Harnröhrenwand, welche als Auskleidung des neuen Kanals in ihm vorwärts gewachsen sind, sind Schleimhaut und cavernöse Schicht, während die Muscularis sich nicht beteiligt.

S. Jacoby-Berlin.

The urethroscope in the treatment of strictures. Von H. Kock. (Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1900, pg. 22.)

Kock beschreibt einen Fall bei einem 29 jährigen Manne, welcher im Alter von 10 Jahren durch einen Spielkameraden einen Stofs an das Perineum bekommen hatte. 8 Jahre später eine zweite Verletzung am Perineum. Im Alter von 20 Jahren wahrscheinlich gonorrhoische Infektion. Mit dem 30. Lebensalter begann unfreiwilliger Urinabgang und Cystitis. Im März 1899 zeigte sich eine gröfsere Zahl von Strikturen in der vorderen Harnröhre. Durch den Kompressor hindurchzukommen war unmöglich. Dilatierende Behandlung bis zum Juli. Nachdem die vordere Harnröhre langsam genügend erweitert war, wurde mittelst des Endoskops die Strikturöffnung am Bulbus festgestellt und zunächst ein filiformes Bougie, an welches ein Guyonsches Instrument Nr. 10 angeschraubt wurde, in die Harnblase eingeführt, während es vorher auch bei der gröfsten Geduld nicht gelungen war, im Dunkeln die Strikturöffnung zu finden. 4 Wochen nach dem Einführen des filiformen Bougies passierte Nr. 28 leicht.

Barlow-München.

Cancer de la vulve. Von Mme. Pilliet. (Société anatom. April 1899.)

Der Patientin war ein haselnufsgrofses Karcinom, welches zwischen den grofsen und kleinen Schamlippen safs, exstirpiert. Vier Jahre später machten sich ziehende Schmerzen in der Narbe bemerkbar, ohne dafs objektiv etwas gefunden wurde. Erst volle $6^1/_2$ Jahre nach der Operation trat ein Recidiv mit tiefer Infiltration auf. Die betreffenden Lymphdrüsen waren frei.

König-Wiesbaden.

Cancer of the penis. Von A. M. Sheild. (Lancet 1900, 13. Jan.)

S. glaubt, dafs lokale Irritationen die häufigste Ursache eines Peniskarcinomes sind. Der Beginn der Erkrankung fällt meist in das höhere Alter; Ausnahmen sind selten. Das Karcinom kann beginnen als einfache, oberflächliche Erosion, als warziger oder knotenförmiger Tumor. In späteren Stadien tritt fast immer Ulceration ein. Die Inguinaldrüsen werden frühzeitig ergriffen. Metastasen an den inneren Organen sind selten. Bei der Differentialdiagnose kommt vor allem Lues und Sarkom in Betracht. Therapeutisch sind die Caustica ungenügend; wirksam sind allein Excision und Kautherisation. Je nach der Ausdehnung des Tumors wird eine teilweise oder vollständige Amputation des Penis stattfinden müssen. Bei Vereiterung der Inguinaldrüsen ist eine Operation kontraindiziert. Verf. berichtet über 6 Fälle, die 3 bis 10 Jahre nach der Operation recidivfrei geblieben sind.

Dreysel-Leipzig.

6. Gonorrhoe.

Gonococcus inoculation. Von Cabot. (Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1900, pg. 29.)

Cabot wendet sich gegen Jungmanns, welcher in der Augustnummer 1899 des Journ. of cut. and gen.-ur. diseas in einem Artikel „Acute gonorrhea. Its Prevention and Cure" ausgeführt hatte, dafs zur Diagnose einer vollständigen Heilung von Gonorrhoe der Kulturversuch und der Tierversuch (Infektion von Meerschweinchenaugen) zu Hilfe gezogen werden müfsten. Ergiebt der Kulturversuch und Tierversuch negative Resultate und zeigen sich Samenblase und Prostata normal, so kann der Patient ruhig heiraten. Cabot macht mit Recht darauf aufmerksam, dafs das Tierexperiment zu unrichtigen Schlüssen verleiten würde. Barlow-München.

Comment traiter l'urétrite blennorragique aigue? Von A. Dr. Haenens. (Le Progrès méd. belge 1900, 15. Febr.)

Verf. betont die Notwendigkeit einer lokalen Behandlung der Gonorrhoe mit Ausnahme der sehr akuten, mit Schwellungen und Ödömen einhergehenden Fälle. Für letztere sind Bettruhe, Kataplasmen, Salol angezeigt. Bei der lokalen Behandlung zieht Verf. die Spülungen mit geringem Druck denen mit starkem Druck nach der Methode von Janet vor. In Fällen, wo eine Striktur oder besonders grofse Widerstandsfähigkeit des Sphinkters vorhanden ist, gebraucht er Spritze und Katheter. Die Spülungen müssen täglich vorgenommen werden, bis das Sekret seinen eiterigen Charakter verliert, dann können sie allmählich vermindert werden. Salol ist besonders dann von Nutzen, wenn eine Urethritis post. oder eine Cystitis besteht.

Droysel-Leipzig.

Gegen Gonorrhoea acuta hat sich neuerdings, wie in der medizinischen Woche Nr. 4 mitgeteilt wird, gut bewährt:

Solutio Zinc. permang. 0,1 : 200,0 3 mal täglich in der gewöhnlichen Weise einzuspritzen (ein uraltes bewährtes Mittel, Rf.).

Thümmel-Leipzig.

Le traitement abortif de la blennorragie. Von F. Plicque. (La Presse Méd. Nr. 26, 31. März 1900.)

Verf. steht auf dem Standpunkte, dafs die Nichtbehandlung des akuten Tripperstadiums es ist, welche für den Patienten am folgenschwersten sich gestaltet. Abortivmethoden im ursprünglichen Sinne des Wortes verwirft er. Er bespricht befürwortend die Behandlungsart Neifsers mit den neuen Silbersalzen, Janets Ausspülungen mit hypermangansaurem Kali (1 : 4000 bis 1 : 500), die Methode von Noguès und Hogge, welche vordere und hintere Harnröhre mit hypermangansaurem Kali schwächster Konzentration überspülen, gleichgültig, ob Erscheinungen einer Urethrit. post. bestehen. Es wird eingehend diese Methode nach der Anwendungsart Guiards besprochen, der die besten Erfolge damit erzielte: Cocainisierung der vorderen und hinteren Harnröhre mit 5 % Lösung; horizontale Lage des Pat.; Anwendung einer Lösung von hypermangansaurem Kali 1.0 : 10000 (38°—40° und noch

wärmer); die Lösung durch Mischung prozentuierter Lösung mit abgekochtem Wasser herzustellen; allmähliche Steigerung auf 1.0 : 4000,0.

Guiard selbst benützt am liebsten eine Spritze, dem Pat. hingegen rät er eventuell mit einem Irrigator zu arbeiten ($^1/_2$ Liter mit Irrigatorhöhe von 50 cm bezw. 90 cm über der Lagerstelle). Täglich anfangs 2 Ausspülungen, nach 5 Tagen pflegt der Ausflufs schon wässerig zu sein, dann täglich bezw. alle 36 Stunden einmal eine Ausspülung. Bier- und sexuellen Genufs mehrere Wochen vermeiden, bei Neigung zu Rückfällen häufigere Ausspülungen, länger fortgesetzte Überwachung des Pat. Vom ersten Tage ab angewandt erzielte Guiard in 87 %, vom fünftem Tage ab in 11 % Heilung; nach längerem Bestehen des Trippers ist dieser Erfolg nicht mehr zu erwarten.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Technic of injections. Von W. K. Otis. (New-York Med. Assoc. 1899, 18. Dez.)

Bei Irrigationen der Blase mittels des Katheters soll das Auge des Instrumentes gerade bis jenseits des äufseren Schliefsmuskels, aber nicht über den inneren Sphinkter hinausgeführt werden, da sonst eine Bespülung des Blasenhalses nicht stattfindet Die beste Position für Irrigationen ist die aufrechte, da hierbei die Blase am vollständigsten bespült werden kann. Doppelläufige Katheter sind zu vermeiden, die Irrigation der Blase mit diesen ist eine ungenügende.

Dreysel-Leipzig.

De l'ani odol. Von Pinard u. Sedan. (La Presse Méd. Nr. 20. 10. März 1900.)

Das von Queirel auf dem gynäkolog. Kongrefs in Marseille bekannt gegebene Medikament wirkt als kräftiges Antisepticum und als desodorisierendes Mittel. Es ist unschädlich. Sehr vorteilhaft wird es bei venerischen Erkrankungen des weiblichen Urogenitalapparates verwandt; bei männlichen Trippern manchmal angeblich verblüffende Erfolge, manchmal gar keine. Auch als Seife zur Desinfektion der Hände verwendbar.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Di uno nuovo sale d'argento „Silberol" nella cura della blenorrhagia. Von Dr. Pini. (Bollet di Chin. e Farmac. Oktob. 1898.)

Silberol besteht aus Paraphenolsulfonsäure und Silber; letzteres beträgt im Präparat 38,29 %. Silberol ist in 3 Teilen Wasser löslich und wurde vom Verf. mit bestem Erfolg gegen Gonorrhoe verwendet in einer Konzentration von 0,25—0,75 ‰.

König-Wiesbaden.

Rationelle Behandlung des chronischen Trippers. Von Blaine Denver. (American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases, September 1899.)

Der Verfasser unterscheidet drei pathologische Varietäten, 1. eine Entzündung gröfserer Schleimhautbezirke, 2. Strikturen, 3. granulösen Zustand der Urethra. Die erste macht etwa 10 % aller chronischen Blennorrhoen aus, in die übrigen 90 % teilen sich die beiden anderen Arten. Verfasser entscheidet mit der Otissonde die Art der Erkrankung. Es bedarf des Spiegels nicht. Für die Behandlung der ersten Varietät zieht Blaine interne

Tonica und galvanische Ströme von 1,5 Miliampére — einmal pro Woche — den Injektionen, Spülungen und Sondierungen vor. Gedehnte oder geschnittene Strikturen werden ebenfalls mit dem galvanischen Strom nachbehandelt. Bei granulärer Urethritis Galvanisation mit $2^1/_2$ M. A. 5 Minuten lang alle 4 Tage. Nach dem Galvanisieren Injektion schwacher Desinficientien.

Verfasser führt zum Beweise der „einzig zweckmäfsigen" elektrischen Kuren gegen chronischen Tripper sieben Fälle an. (Die Arbeit trägt den Forschungen der letzten Jahrzehnte keine Rechnung. Der wissenschaftliche Wert ist also null. Ref.) Federer-Teplitz.

Die Behandlung der Urethritis chronica mit Einträufelungen von Pikrinsäure. Von Desnos und Guillon. (Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1899, Heft 10.)

Die Verfasser haben dieses Mittel an 29 Fällen erprobt; es eignet sich nur für chronische Fälle, gar nicht für frische und Exacerbationen alter. Man wendet es an in $^1/_2$—1$^0/_0$igen Lösungen mittelst eines Instillators und einer 4 gr haltenden Guyonschen Spritze. Es werden je nach dem Fall 20—80 Tropfen eingeführt. Die Sitzungen müssen jeden zweiten Tag wiederholt werden. Auch die tuberkulsöe Cystitis wird günstig durch die Pikrinsäure beeinflufst. Federer-Teplitz.

Die definitive Heilung der Gonorrhoe. Von Kromayer. (Münch. Med. Wochschr. 1899. 45.)

Erwiderung auf Neifsers Artikel: „Gonorrhoe und Ehekonsens". Münch. Med. Wochschr. 1899. 36. cf. Refer. d. Ztschr. Bd. XI. H. 2 S. 110.

Der 1. Teil ist als „Persönliches" gekennzeichnet und kann hier füglich übergangen werden. Der 2. Teil „Sachliches" schildert an der Hand von Litteratur-Citaten den Entwickelungsgang der Neifserschen Anforderungen an die Diagnose der Nichtinfektiosität der Gonorrhoe; von Jahr zu Jahr haben sich diese Anforderungen gesteigert: erst einfache Untersuchung der Fäden, dann getrennte Untersuchung der Fäden von posterior und anterior, dann künstliche Reizung der Schleimhaut durch Chemikalien, dann Untersuchung des Prostatasekrets, dann Untersuchung mit geknöpften Sonden, Centrifugieren. Demgegenüber citiert nun K. Fälle anderer (Finger, Neuberger, Kopp) in welchen trotz negativer Ergebnisse aller dieser vorgenannten Methoden dennoch durch andere Mafsnahmen (Oberländers Dilatationen, Herausfinden sog. alveolärer Drüsenfäden) noch Gonokokken sich fanden; er bringt anderseits Fälle von Kopp und Wossidlo vor, welche die Möglichkeit des Irrtums bei Beobachtung aller Forderungen Neifsers durch die erfolgte Infektion der Frau darthun. K. ist weiterhin der Ansicht, dafs die Neifsersche Schule „mikroskopisch keine Gonokokken gefunden", fälschlich identifiziere damit: 1. dafs wirklich keine Gonokokken im Präparat sind; 2. dafs der Kranke keine Gonokokken mehr beherbergt; 3. dafs der Tripper nicht mehr infektiös sei; 4. endlich, dafs er definitiv geheilt sei. ad 1. Die Differintialdiagnose zwischen Gonokokken und anderen Diplokokken ist oft äusserst schwierig. ad 2. s. v. ad 3. Nicht gonorrhoische Urethriden können auch infizieren. ad 4. Nicht, wenn die Gonokokken beseitigt scheinen, sondern

erst wenn alle klinischen Erscheinungen, alle Fäden beseitigt sind, ist der Tripper definitiv geheilt; dies ist meistens möglich. — K. „pointirt“ zum Schlufs seine Auffassung dahin, dafs er mit Neifser einig sei in der Wertung des positiven Befundes, dafs er ihn bekämpfe wegen seiner Überschätzung des negativen Gonokokkenbefundes. Goldberg (Köln)-Wildungen.

Danger social de la Blennorrhagie. Von A. Neifser. (Conférence internat. pour la Prophyl. de la Syph. et des mal. vénér. Bruxelles 1899, Sept.)

Zweck der Neifserschen Arbeit ist, die Gefahren, welche durch die gonorrhoische Erkrankung für das menschliche Geschlecht entstehen, darzulegen und zugleich zu betonen, dafs die Gonorrhoe durchaus nicht die harmlose Krankheit darstellt, für die sie vielfach noch gehalten wird. N. verbreitet sich zunächst über die Häufigkeit der Gonorrhoe und bespricht dann eingehend die aus ihr resultierenden Gefahren. Diese sind mehrfache: Die Erkrankung beschränkt sich vielfach nicht auf die primär infizierten Schleimhäute, sondern greift auch auf die höher gelegenen Abschnitte des Harnapparates und auf die der Geschlechtsfunktion dienenden Organe über. Die Gonorrhoe befällt nicht nur die oberflächlichen Schleimhautschichten, sondern dringt tiefer ein und kann so zu Abscessen und Metastasen Anlafs geben. Weiter können durch direkte Übertragungen auch andere Schleimhäute, Conjunctiva, Rectum etc. erkranken. Auch das lange Bestehenbleiben der Infektiosität bei anscheinend erfolgter Heilung bildet eine grofse Gefahr. — Die Schädigungen, die dem Gesamtwohl des Volkes durch die Gonorrhoe entstehen können, äufsern sich weniger durch eine gesteigerte Mortalität, als durch eine gesteigerte Morbidität, also durch einen enormen Verlust an Arbeitskraft und durch grofsen Aufwand von Kosten aus privaten und öffentlichen Mitteln. N. führt diese letzteren Punkte näher aus, indem er auf die durch Gonorrhoe erzeugte Blindheit und Sterilität ausführlicher eingeht. N. schliefst mit der Bemerkung, dafs die Gonorrhoe, eben weil sie keine gleichgültige Erkrankung ist, der ernstesten Beachtung seitens der Behörden bedarf, dafs aber auch durch volle Ausnutzung der durch die Wissenschaft gefundenen Erkenntnis über das Wesen der Erkrankung die Verbreitung gemindert und die schlimmsten Folgezustände erheblich gemildert werden können. Dreysel-Leipzig.

7. Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Herausgegeben von Dr. Albrecht Freiherr von Notthafft, Privatdozent an der Universität München. München 1900. (Verlag von Seitz und Schauer.)

Das Büchelchen ist in der bereits bekannten Kalenderform abgefafst. — So wie es ein Taschenbuch für Gynäkologen, Kinderärzte u. s. w. giebt, haben wir nun auch ein solches für Dermatologen und Urologen. Der junge strebsame Autor hat sich redliche Mühe gegeben seiner Aufgabe gerecht zu

werden und für den ersten Versuch an der nicht leichten Aufgabe kann man ihn nur beglückwünschen. Dafs manche Wünsche für die folgenden Jahrgänge anzubringen wären, liegt auf der Hand. Der Text beginnt merkwürdigerweise mit einem nicht hinein gehörigen Thema, nämlich: „Die Ernährungsverhältnisse und die Gewichtszunahme der Säuglinge." Ich glaube, dafs dieser Abschnitt unbedenklich fortfallen kann, ebenso vielleicht die folgenden bis Abschnitt V. In dem Kalender sind genug andere brauchbare Themata für den Urologen und Dermatologen abgehandelt. Der Verf. bringt weiterhin zur Besprechung: Untersuchungsmethoden für Harnwege und Haut-Abrifs aus der Arzneiverordnungslehre, Übersicht der von Urologen und Dermatologen zumeist gebrauchten Arzneimittel, Therapie der einschlägigen Krankheiten u. a. m. An Stelle der fünf ersten Kapitel würde ich vorschlagen Diabetes, Glykosurie und verwandte Krankheiten, und die einschlägige Therapie und Diät noch etwas ausführlicher zu besprechen. Den Schlufs bildet ein Dermatologen-Verzeichnis des deutschen Reiches, von Österreich-Ungarn, Holland und der Schweiz. Auch das will sorgfältig redigiert sein, aber dann ist es auch zweifellos geeignet, den Wert des Kalenders zu erhöhen. O.

Handbuch der Prophylaxe. Herausgegeben von A. Nobiling und L. Jankau. Abteilung II: **Die Prophylaxe der Geschlechts- und Hautkrankheiten.** Von Max Joseph-Berlin. (Verlag von Seitz & Schauer, München 1900.)

Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, welche einer rationellen Prophylaxe der venerischen Erkrankungen im Wege stehen, warnt aber davor, dieselbe aus diesem Grunde gering zu schätzen und zu vernachlässigen. Ausführlich wird die Frage besprochen, in welcher Weise die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Prostitution eingeschränkt werden könnte. Dies ist nach Josephs Ansicht nur durch eine mehrmals wöchentlich stattfindende Untersuchung der Prostituierten möglich, auch würde eine Kasernierung der letzteren nicht zu unterschätzende Vorteile bieten. Was spezielle Schutzmassregeln betrifft, so hält J. gegen Syphilis und Ulcus molle Einfettung des Gliedes vor dem Coitus und Gebrauch eines Condoms noch immer für die beste, wenn auch nicht absolut sichere Prophylaxe. Gegen Gonorrhoe empfiehlt er Einträufelung einer 20% Protargolglycerinlösung in die Fossa navicularis möglichst bald nach dem Coitus. Selbstverständlich ist nach jedem Geschlechtsverkehr das Glied abzuwaschen und zu reinigen. J. schlägt vor, kurze, allgemein gehaltene Belehrungen über das Wesen und die Prophylaxe der venerischen Krankheiten zu verfassen und dieselben nach Möglichkeit zu verbreiten. Spezielle Belehrungen und Verordnungen, besonders was die Behandlungsdauer und -Weise betrifft, mufs aber der Arzt mündlich geben. v. Hofmann-Wien.

Das Langsche Spülcystoskop. Zur Desinfektion der Cystoskope.

Von

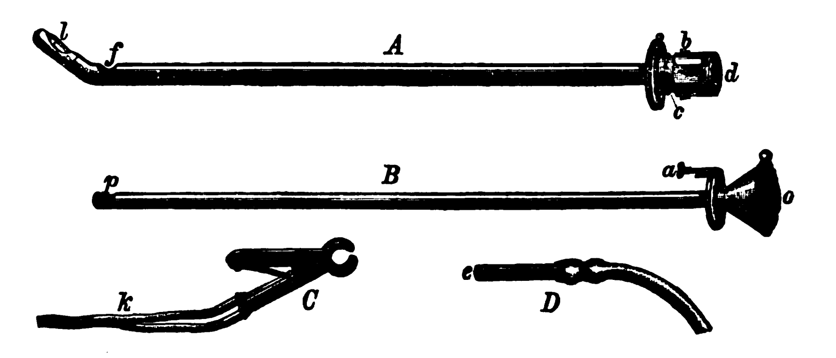
Dr. **Ed. Deutsch,** emerit. Assistenten der Abteilung Prof. **E. Lang** im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien.

Seit jeher wurde das Einführen eines eigenen Katheters zur Spülung, Klärung und Füllung der Blase vor der Einführung des der Cystoskopie dienenden Instrumentes als unangenehmer Mangel empfunden, zumal in jenen Fällen, wo die Trübung des Blaseninhaltes so rasch vor sich geht, dafs das geringe Zeitintervall, das zwischen Entfernung des Katheters und Einführung des Cystoskops liegt, genügte, um das Medium undurchsichtig zu machen und den Zweck der Spülung zu vereiteln; auch dort, wo sich während des Cystoskopierens das Prisma mit Blut oder Eiter belegte, war wiederum die Entfernung des ganzen Instrumentes und neuerliche Vornahme der ganzen Spülprozedur notwendig. Wollte man gar noch an die Cystoskopie Spülungen therapeutischer Art anschliefsen, so machte dies in einer Sitzung die Einführung dreier Instrumente notwendig. Ohne uns hier auf die durch das häufigere Einführen von Instrumenten natürlich wachsenden Möglichkeiten einer Infektion einzulassen, mufs aber betont werden, dafs bei einzelnen Blasen die Irritabilität hierdurch so gesteigert wird, dafs sie die Cystoskopie direkt unmöglich macht.

Diesen Schäden nun suchte eine Reihe von Autoren durch Herstellung der sogenannten Irrigationscystoskope zu begegnen, was ihnen allerdings nicht vollständig gelang und zwar darum nicht, weil sie immer ein Nebeneinander von optischen und zur Irrigation bestimmten Lumen schufen, die beide im Kaliber des Cystoskopes Platz finden mufsten, ohne dasselbe erheblich zu er-

höhen. Die Folge davon mufste sich in einer gewissen Enge des Irrigationslumens widerspiegeln, eine Enge, die neben dem Umstande, dafs sie die Spülung langweilig und langwierig gestaltet, eben infolge dieser Länge oft den Zweck der Spülung, d. h. Klärung des Blaseninhaltes unmöglich machte.

Nun hat mein früherer Chef, Herr Professor E. Lang, am 10. Mai 1899 im Wiener Medizin. Klub ein Instrument unter dem Namen „Spülcystoskop" demonstriert und in Nr. 27 und 28 der Wiener Mediz. Presse 1899 beschrieben, welches in der vollkommensten Weise all die erwähnten Mängel beseitigt und gegenüber ähnlichen Instrumenten noch eine Reihe von Vorzügen besitzt, die später noch Berücksichtigung finden. Das



Spülcystoskop *A:* Katheterförmiges Stück, *l* Lampe, *f* Oeffnung.
B: Optischer Teil, *p* Prisma, *o* Lupe.
C: Zangenartige Gabel, um das Kabel *k* mit dem lampenführenden Stück *A* bei *c* in Verbindung zu bringen.
D: Ansatzstück aus Metall, das mit dem Ende *e* bei *d* angesteckt und am anderen Ende mit einem Drain versehen wird (behufs Waschung der Blase).

Instrument wurde nach den Angaben Langs von J. Leiter hergestellt und besteht aus einem katheterförmigen im Schnabel lampenführenden Teil (*A*), der innerhalb einer an der Konvexität vorspringenden Längsrippe die elektrische Leitung enthält, und aus einem geraden, den optischen Apparat bergenden, mandrinartigen Teil (*B*), der in den äufseren geschoben, den geraden Schenkel bis knapp vor der Lampe ausfüllt; für das Prisma ist im äufseren Teil ein Fenster (*f*) ausgeschnitten, durch welches, wenn der optische Teil (oder ein eventueller Mandrin aus Hart-

gummi) entfernt ist, die Blasenspülung vorgenommen wird. Am äuſseren Ende des katheterartigen Teiles (*d*) befindet sich eine Klappe, die beim Einschieben des Mandrin zur Seite weicht, beim Entfernen aber die Mündung abschlieſst und so das Abrinnen des Blaseninhaltes verhindert. Das Instrument wird geschlossen, d. h. mit dem Mandrin eingeführt, hierauf entfernt man den Mandrin, steckt einen passend gearbeiteten, auſsen mit einem Drain versehenen Irrigationsansatz (*D*) an und läſst durch denselben den Blaseninhalt abflieſsen und irrigiert mittels Spritze. Durch das groſse Fenster (*f*) und das fast 7 mm weite Lumen können selbst groſse Coagula leicht abgehen, und es läſst sich in kürzester Zeit eventuelles Blut aus der Blase herausschaffen und die Blase soweit klären, um eine Untersuchung zu ermöglichen. Nun entfernt man das Ansatzstück und schiebt den optischen Teil (*B*) und zwar mit dem Prisma nach abwärts gerichtet ein, dreht ihn innerhalb des katheterförmigen äuſseren Teiles so, daſs das Prisma (*p*) dem Fenster (*f*) entspricht, was durch Einschnappen der Feder (*a*) in *b* angezeigt wird, und stellt den Kontakt mit dem Strome her. Um unnötige Erschütterungen zu vermeiden, wird die Verbindung mit dem Kabel durch eine zangenartige mit Federn versehene Gabel (*G*) vermittelt (statt des Steckkontaktes).

Aus dieser Beschreibung und beigelegten Zeichnung, die beide dem erwähnten Vortrage Langs entnommen sind, ist die Einfachheit der Konstruktion, die Bequemlichkeit in der Handhabung, sowie das zu Grunde liegende Prinzip leicht ersichtlich. Das letztere besteht in Kürze gesagt darin, einen Metallkatheter, der an der Spitze eine Lampe trägt, in einem beliebigen Moment dadurch zum Cystoskop umzugestalten, daſs ein zweites Instrument, der optische Teil, in die Lichtung des Katheters so eingesteckt wird, daſs das Prisma dieses Teiles die frühere Ausfluſsöffnung des Katheters abschlieſsend deckt.

Dieses gleiche Prinzip liegt auch dem Instrument zu Grunde, welches Herr Dr. Felix Schlagintweit auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in München 1899 demonstrierte und in Bd. XI. H. 3 des Centralblattes für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane unter dem Namen Kathetercystoskop beschreibt. Stimmt es auch im Wesen mit dem

Langschen Spülcystoskop überein, so besitzt es doch diesem gegenüber einige Nachteile, die unserer Ansicht nach von Gewicht sind. Während unser Instrument eine automatisch schliefsende Klappe aufweist, die in dem Angenblick in Funktion tritt, wo der optische Teil (oder der Mandrin) das Lumen verläfst, mufs Schlagintweit diesen Verschlufs mit dem Daumen besorgen. Der passend gearbeitete Irrigationsansatz gestattet die Ausspülung der Blase in bequemer und reinlicher Weise. Als besonderer Vorzug des Spülcystoskops mufs aber die Verlegung der Lichtleitung in die an der Konvexität des Katheters verlaufende Längsrippe gerühmt werden, weil so thatsächlich das ganze zur Verfügung stehende Lumen der Optik zu Gute kommt, ohne das Kaliber des Instrumentes, oder wenn schon, so doch nur in einem einzigen Durchmesser, zu beeinflussen. Das Schlagintweitsche Instrument aber führt die Lichtleitung im Katheter, so dafs diese unbedingt einen Teil des Lumens für sich in Anspruch nehmen mufs. Wenn nun Schlagintweit nach mancherlei Versuchen und Berechnungen zu der Anschauung gelangt, dafs die Gröfse und Beschaffenheit des mit seinem Instrumente gewonnenen cystoskopischen Bildes dem Bilde, wie es das einfache Cystoskop liefert, sich ziemlich nähert, ein Vorzug, den er besonders den bisher üblichen Irrigationscystoskopen auch wirklich hervorzuheben berechtigt ist, so können wir noch weiter gehen als er: Das Bild des Spülcystoskopes ist überhaupt gleich dem des einfachen Cystoskopes, da ja das Lumen ausschliefslich dem optischen Teil dient.

Da die Publikation des Langschen Instrumentes dem Schlagintweitschen um einige Monate voranging — erprobt wurde das Instrument sowohl durch meinen Chef als auch durch mich natürlich schon lange vorher an der Abteilung — so erscheint es immerhin auffallend, dafs Schlagintweit bei seinem Vortrage hiervon keine Notiz nimmt; ist es ja sonst üblich bei neuen Befunden und Entdeckungen die diesbezügliche Litteratur zu Rate zu ziehen!

Ich möchte diese Bemerkungen nicht schliefsen, ohne zu erwähnen, dafs Lang in dem angezogenen und publizierten Vortrage auch noch über die an seiner Abteilung geübte Desinfektion der Instrumente sprach, um so mehr als auch Schlagintweit

hiervon spricht und in der gleichen Nummer dieses Centralblattes Kollmann und Wossidlo das gleiche Thema behandeln und hiebei Vorschläge machen und Forderungen aufstellen, die seit lange an der Abteilung erfüllt werden. Es wird speziell für Cystoskope ein hohes Cylinderglas mit einem Hartgummideckel benützt, in welchen 5—6 Löcher eingeschnitten sind; auf den Boden des Gefäſses bringt man zwei Formalithen, setzt den Deckel auf und steckt durch eines der Löcher das durch Waschen (wir spülen zum Schlusse auch noch mit Alkohol durch) und Abtrocknen mechanisch gereinigte und gut abgetrocknete Cystoskop, welches nun — die übrigen Löcher sind, wenn unbenützt, mit Wattepfropfen geschlossen — den im Glase sich entwickelnden Formalindämpfen ausgesetzt ist, über das Ganze kommt ein Glassturz. Von Dr. L. Spitzer ausgeführte Bakterienversuche ergaben, daſs Reinkulturen von weiſsen und gelben Staphylokokken in längstens $1^1/_2$ Stunden abgetötet werden. Um sicher zu gehen, werden die Instrumente doppelt so lange (3 Stunden) den Formalindämpfen ausgesetzt und dann in sterilen Glasdosen aufbewahrt. Vor dem Gebrauche werden sie in 3 $^0/_0$ iger Karbollösung gewaschen. Für das Spülcystoskop wurde ein eigenes Etui angefertigt, das innen mit Hartgummi ausgelegt ist und auch Stege zur Aufnahme des Instrumentes aus gleichem Materiale besitzt. Das, wie oben erwähnt, sorgfältig gereinigte und getrocknete Instrument wird nun im Etui samt den desinfizierenden Formalinpastillen (in einem Urschälchen) eingeschlossen.

Die gleichen Prinzipien kommen in dem erwähnten Artikel Kollmanns und Wossidlos zum Ausdruck, nur daſs sie für jedes einzelne Instrument eine besondere Metallhülse empfehlen, was gewiſs dort, wo man genötigt ist, auſser Haus zu cystoskopieren, von praktischer Bedeutung ist; überdies gewährt die Metallhülse die Möglichkeit, die eingeschlossenen Formalinpastillen auch künstlich zu erwärmen und so eine reichlichere Entwickelung von Formalindämpfen herbeizuführen.

Aus der XI. b. ärztlichen Filialabteilung des St. Rochus-Spitales in Budapest (Doz. Dr. Ludwig Török).

Bemerkungen zur Rolle der mechanischen Antisepsis in der Behandlung der Gonorrhoe.

Von

Dr. Julius Kiss in Budapest.

Medikamentöse Flüssigkeiten, welche in die Harnröhre hineingebracht werden, reinigen dieselbe mechanisch und üben zugleich eine Wirkung aus, welche mit der chemischen Beschaffenheit dieser Lösungen zusammenhängt. Dieser Effekt schien immer der wichtigere zu sein, doch sprechen manche Thatsachen dafür, dafs die mechanische Reinigung der Harnröhre bei der Heilung der Gonorrhoe die Hauptrolle spielt.

Der unmittelbare Erfolg der rein mechanischen Antisepsis ist in allen Fällen sehr auffallend. Man kann sich leicht davon überzeugen, wenn Tripperkranke mittelst Injektionen und Irrigationen mit sterilem Wasser behandelt werden. Bei Gonorrhoikern, die die Injektionen häufig — 2stündlich — ausführten, bemerkte ich nach 24—48 Stunden fast ausnahmslos Abnahme des Ausflusses und Abnahme der Zahl, sogar zeitweises Verschwinden der Gonokokken. Wurde die Behandlung nach einigen Tagen ausgesetzt, so setzte nach 24 bis 48 Stunden der Ausflufs wieder ein, ein Beweis, dafs die Besserung der mechanischen Antisepsis allein zuzuschreiben war.

Ähnliche Erscheinungen zeigten sich auch nach Irrigationen mit reinem Wasser. Um eine dauernde Besserung herbeizuführen, müssen diese ebenfalls häufig erfolgen. Schon nach 2—3, in Intervallen von je zwei Stunden, ausgeführten Irrigationen ver-

schwinden die Gonokokken für 2—3 Stunden aus dem Sekrete, wenn auch dieses dabei nicht merklich abnimmt.

Ich behandelte nun einen leichten Fall von frischer Tripperinfektion vom sechsten Tage an mittelst 4stündlich ausgeführten Wasserirrigationen. Ausschliefslich wurde die Urethra anterior mit je 1 Liter Flüssigkeit ohne Katheter irrigiert. Gonokokken fanden sich vom zweiten Tage an nicht mehr und es erfolgte Heilung nach 2wöchentlicher Behandlung, wobei in der zweiten Woche nur einmal täglich irrigiert wurde.

In drei anderen Fällen frischer Infektion mifslang eine solche Kur.

Des weiteren irrigierte ich bei 12 Spitalkranken die Urethra anterior nur einmal täglich, die Kranken machten sich indessen 2—3stündlich eine, oder innerhalb 5—10 Minuten mehrere Injektionen nacheinander. In allen Fällen zeigte sich Besserung; es blieben jedoch nur 7 Tripperkranke lange genug unter Beobachtung, um ein 4—8 Tage lang andauerndes Verschwinden der Gonokokken konstatieren zu können. Die übrigen 5 Tripperkranken hielten sich nicht länger als 3—10 Tage im Spital auf. Diese 7 Fälle waren folgende:

Fall	Alter der Infektion und Charakter der Entzündung	Verschwinden der Gonokokken am	Beobachtungsperiode
I.	4 Wochen, subakut	10. Tage	14 Tage
II.	2 „ „	3. „	10 „
III.	2 „ akut	29. „	36 „
IV.	5 „ subakut	4. „	10 „
V.	4 „ „	3. „	8 „
VI.	12 Tage, akut	28. „	39 „
VII.	6 Wochen, subakut	13. „	20 „

Von einer endgültigen Heilung der Gonorrhoe bei einer so kurzen Beobachtungszeit zu sprechen, ist natürlich nicht angängig. Dazu wären, auch nach meiner Auffassung, Nachprüfungen nach Wochen und Monaten unerläfslich. Aber dass der Prozefs durch die ausschliefslich mechanische Reinigung der vorderen Harnröhre günstig beeinflufst wurde, wird aber dadurch zur Genüge bewiesen. Abnahme des Sekretes und Verschwinden der Gonokokken stellten

sich rasch ein, besonders in den Fällen, bei denen akute Erscheinungen fehlten.

In zwei akuten Fällen (Fall III. und VI.) stellten sich bei dieser Behandlung am 2. resp. 15. Tage öfterer Harndrang ein, der Urin wurde in allen Portionen trüb, weswegen die Behandlung eine Zeit lang sistiert wurde. Auch in anderen Fällen, in denen ich einige Tage hindurch solche Versuche machte, trat eine gleichmäfsige Trübung des Urins jedoch ohne öfteren Harndrang auf. Weiterhin das sterilisierte Wasser anzuwenden schien mir eben aus diesem Grunde nicht angezeigt. Bemerkenswert ist, dafs nicht der mangelnde Effekt auf den gonorrhoischen Prozefs, sondern Erscheinungen, die auf eine Infektion der Harnblase hinwiesen, uns veranlassten, die lokale Behandlung mit reinem Wasser aufzugeben.

Wir müssen zu chemischen Agentien greifen, um eine rein mechanische Antisepsis bewirken zu wollen.

Lassen wir nun vorläufig die Rolle der mechanischen Antisepsis bei Behandlung aufser Betracht und untersuchen wir, in wie weit man berechtigt ist, die in das Innere der Harnröhre applizierten Mittel als gonokokkentötende anzusehen.

Nicht alle Antiseptica sind, wie bekannt, gonokokkentötend; so ist z. B. das Sublimat nach Friedheim[1]) ein „weniger gutes“ oder gar „schlechtes“ gonokokkentötendes Mittel, insofern, als das Sublimat, welches erst in Konzentration von 1:10,000 das Weiterwachstum der Gonokokken bei Überimpfungen nach 15 Minuten verhindert (Schaeffer)[2]), wegen seiner reizenden Wirkung nicht so lange in der Harnröhre zurückgehalten werden kann.

Das Argentum nitricum und Argentamin hemmen nach Schaeffers Untersuchungen in einer Konzentration von 1:4000 nach 10 resp. $7^1/_2$ Minuten die Weiterentwickelung der Gonokokken. Auch diese Lösungen so lange injiziert zu halten, ist ebenfalls zumeist unmöglich, zudem bildet das Argentum nitricum einen Niederschlag, wodurch es in seiner Wirkung beeinträchtigt

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1889.
[2]) Münch. med. Wochenschr. 1895.

wird. Doch galt gerade letzteres Mittel lange Zeit als b estes gonokokkentötendes Mittel.

Protargol und Largin besitzen, weniger irriti erend, desinfizierende Eigenschaften, die denen des Argentum nitr icum gleichkommen. Es wäre demnach die Möglichkeit einer gonokokkenvertilgenden Wirkung theoretisch begründet, vorausg esetzt, dafs die Lösungen mit den Gonokokken in innige Berührun g kommen.

Die Gonokokken sind aber in den Eiterzellen, in D rüsen und Follikeln, in der Tiefe des Epithels und des Bindegew ebes eingeschlossen. Infolge dessen war es ein Hauptbestreben der Neisserschen Schule, Mittel zu finden, die in der Tiefe der Gewebe ihre antibakterielle Wirkung auszuüben vermögen. Argentamin und Protargol erwiesen sich bei Versuchen mit toten Geweben auch in dieser Beziehung als sehr wirksam.

Das Eindringen von Lösungen in das lebende Gewebe geschieht jedoch nicht durch einfache Imbibition, sondern du rch Resorption. Es ist nun fraglich, ob bei Entzündung der Schle imhaut eine Resorption stattfinden kann, die reizende Eigensc haft der Lösungen beeinträchtigt dagegen zweifellos die Resorp tion fester Bestandteile in hohem Mafse. Inwiefern eine blofse Imbibition in die Drüsen und Follikel von Nutzen sein kann, darüber sind wir ebenfalls nicht unterrichtet. Nach all dem ist es theoretisch schwer zu begründen, dafs der Heilerfolg durch die gonokokkentötende Eigenschaft der bakterientötenden Mittel bedingt ist.

Wenn es sich darum handelt, Resultate zu erklären, müssen wir Gründe anführen, die mehr Wahrscheinlichkeit für sich haben.

Wird eine Protargollösung injiziert, die Lösung lange in der Harnröhre zurückgehalten („prolongierte Injektion"), so wird die mechanische Antisepsis vielleicht eine bessere sein; die Harnröhre wird vom Sekret gründlicher gereinigt. Die Sekretion nimmt dabei rasch ab, gerade so, wie bei anderen Behandlungsmethoden, bei denen eine gründliche mechanische Antisepsis erfolgt. Auch die Protargol-Behandlung mufs nach einer scheinbaren Heilung noch lange fortgesetzt werden, um Recidive zu vermeiden; doch ist, wenn auch die ganze Heilungsdauer nicht bedeutend abgekürzt

wird, doch der ganze Verlauf des Trippers ein günstigerer, wenn die Entzündungserscheinungen von Anfang an gemäfsigt werden.

Bei der Protargol-Behandlung ist demnach vielleicht der Erfolg durch die Art der Anwendung bedingt. Bei den Injektionen von Argentum nitricum erklärt man sich die Wirkung in folgender Weise: Werden die Injektionen mehrmals des Tages vorgenommen und dieselben nicht länger als 2—3 Minuten in der Harnröhre gelassen, so ist eine antiseptische Wirkung selbst auf der Oberfläche unmöglich und die mechanische Antisepsis eine unvollkommene. Jedoch genügt diese Behandlung, eine andauernde Vermehrung der Exsudation, Auswanderung der Eiterzellen, Epitheldesquamation herbeizuführen; dadurch werden die Gonokokken rascher eliminiert, als durch Lösungen mit nicht irritierenden Substanzen. Man findet in solchen Fällen im Sekrete, welches mitunter bedeutend zugenommen hat, wochenlang keine Gonokokken, sie erscheinen dann wieder, wenn die Behandlung nicht lange genug fortgesetzt worden war. Eine starke Irritation verursacht eine stärkere Wucherung der Gonokokken. Eine mäfsige Irritation trägt hingegen dazu bei, dieselben aus dem Sekrete rascher verschwinden zu lassen. Wir müssen zwischen diesem unmittelbaren Erfolg und der endgültigen Elimination der Gonokokken unterscheiden; letztere wird nach meiner Überzeugung im allgemeinen verzögert; die Heilung nimmt längere Zeit in Anspruch und erfolgt bei stark irritierender Behandlung — z. B. mit Argentamin — sogar nach Monaten nicht. Die Behandlung eines entzündlichen Prozesses mit Medikamenten, welche „die Entzündung nur wenig steigern“ (Neisser), scheint darum nicht gerechtfertigt, jedenfalls sollte es doch wohl nicht als allgemeine Regel gelten.

Auch bei der Behandlung mit den neueren Antisepticis ist eine Irritation nicht ausgeschlossen. In Fällen, in welchen bei Behandlung mit Kalium hypermanganicumlösungen die Gonokokken im Sekrete nicht mehr gefunden wurden, versuchte ich Injektionen mit 0,5—0,1%igen Protargollösungen; sehr oft nahm dadurch die Sekretion bedeutend zu und Gonokokken tauchten wieder auf.

Da aber schwächere Lösungen schon sehr früh zu „prolongierten“ Injektionen gebraucht werden können, besteht zwischen

der letzteren Behandlung und der mit Argentum nitricum ein grofser Unterschied. So wie die Alchymisten in ihrem Bestreben nach Unmöglichem brauchbare Erfindungen machten, wurde auch im Bestreben nach idealen gonokokkentötenden Mitteln eine bessere Behandlungsmethode gefunden, welche durch gründliche mechanische Reinigung wirkt.

Doch sind nach unseren Erfahrungen die Erfolge der Behandlung mit schwachen (1:3000—1:5000) Kalium hypermanganicumlösungen, wenn Injektionen und besonders Irrigationen mit dem Mittel häufig ausgeführt werden, immer noch günstiger, als die der Protargolbehandlung und zwar aus dem Grunde, weil die mechanische Antisepsis hierbei eine viel gründlichere ist.

Die Wirkung des Kalium hypermanganicum scheint mir bisher nicht genügend erklärt zu sein.

Janet war der Meinung, dafs nicht die chemische Einwirkung des Mittels auf die Gonokokken allein den Erfolg bedinge und stellte den Satz auf, dafs das Mittel im Wege der herbeigeführten serösen Durchtränkung der Schleimhaut „nährbodenverschlechternd“ wirke.

Guiard erzielte mit schwächeren Lösungen (1:10,000), die keine „seröse Reaktion“ herbeiführten, gute Resultate und erklärt infolge dessen eine solche Reaktion für überflüssig, ja sogar für nachteilig, weil doch das Serum einen guten Nährboden für Gonokokken darstelle. Dieser Autor verharrt bei der Meinung, die schwachen Lösungen des Kalium hypermanganicum seien, wenn auch nicht in Laboratoriumsversuchen, so doch „in vivo“ gonokokkentötend. „Ein jedes Bakterium hat sein eigenes Desinficiens“ — und ein solches ist das Kalium hypermanganicum für die Gonokokken (Traitement abortif de la blennorrhagie 1899, p. 116). — Neissers gonokokkentötende Mittel sind wenigstens gute Antiseptica, Guiard aber erklärt ein Mittel schon für gonokokkentötend, weil es überhaupt eine Heilwirkung besitzt.

Wenn wir die Wirkung der Irrigationen mit Kalium hypermanganicum-Lösung prüfen wollen, sind dazu Fälle von frischer 2—3tägiger Infektion besonders geeignet. In solchen Fällen habe ich fast regelmässig beobachtet, dafs nach einer einzigen ausgiebigen Irrigation der vorderen Harnröhre 4 bis 8 Stunden lang im Sekrete keine Gonokokken gefunden werden. Es liegt

kein Grund vor, von einer antiseptischen Wirkung zu sprechen; eine Tiefenwirkung ist auch nicht denkbar, da das Mittel leicht zersetzlich ist. Doch sind Irrigationen mit schwachen Lösungen des Kalium hypermanganicum mehr wirksam als die mit reinem Wasser. Es liegt die Annahme nahe, dafs, da Kalium hypermanganicum die detersive Wirkung der Flüssigkeit erhöht, es also ebenso, wie die Seife bei der Desinfektion der Hände, eine gründlichere mechanische Antisepsis ermöglicht. Die guten Resultate der Kalium hypermanganicum - Behandlung sind also teils aus der besseren Anwendungsmethode (Irrigationen), teils aus der chemischen — näher nicht bekannten — Aktion des Mittels zu erklären, welche die mechanische Antisepsis befördert.

Auch nach Irrigationen mit schwächeren (1:2000—1:4000) Argentum nitricum-Lösungen vermissen wir ebenfalls die Gonokokken lange im Sekrete. Auch diese Erscheinung kann zum Teile der mechanischen Wirkung der Irrigation zugeschrieben werden; andererseits aber kann angenommen werden, der aus Metalleiweifsverbindung bestehende Niederschlag behindere eine Zeit lang das Erscheinen der Gonokokken rein mechanisch.

In wie weit letzterer Umstand bei den Adstringentien in Betracht kommen kann, können wir nicht bestimmen. Die adstringierende Wirkung wird oft als für die Heilung nachteilig betrachtet, weil sie nach der theoretischen Auffassung der Elimination der Gonokokken auf dem natürlichen Wege entgegenwirkt. Doch werden Adstrigentia sehr oft mit gutem Erfolge angewendet und mögen als mechanisch wirkende Spülflüssigkeiten betrachtet werden.

Die Heilwirkung der verschiedenen Behandlungsmethoden kann somit auf einfache mechanische Momente zurückgeführt werden. Wenn aber verschiedene medikamentöse Lösungen in ihrer Heilwirkung differieren, so mag dies unter anderem dadurch begründet sein, dafs bei mancher Behandlung Komplikationen häufiger auftreten.

Man behauptete, die Anwendung von gonokokkentötenden Mitteln sicherten am besten gegen Komplikationen, es ist aber schwer, aus den einander widersprechenden Statistiken verschiedener Autoren sich hiervon zu überzeugen.

Der Ausbruch einer Komplikation gehört in manchen Fällen, wie es scheint, zum Wesen der Krankheit und läfst sich nicht durch die Behandlung verhindern. Im allgemeinen kann blofs behauptet werden, dafs Komplikationen neben Anwendung medikamentöser Lösungen und sorgfältiger Behandlung weniger häufig sind. Dies beweist auch Friedheims[1]) Statistik, die doch zum Zwecke zusammengestellt wurde, um die Vorteile der antiparasitären Behandlung zu beweisen. Unter 1200 Tripperfällen traten 221mal Komplikationen vor Beginn einer regelrechten Behandlung auf; während der Behandlung hingegen wurden blofs 26 Komplikationen (darunter 22mal Epididymitis) verzeichnet, trotzdem die Mehrzahl der Fälle versuchsweise mit verschiedenen „weniger guten“ und „schlechten“ gonokokkentötenden Mitteln behandelt wurden, mit Argentum nitricum und anderen „guten“ gonokokkentötenden Mitteln aber kaum mehr als ein Drittel sämtlicher Fälle.

Es wäre also schwer zu entscheiden, welches der Mittel in der Verhinderung der Komplikationen den ersten Rang behaupten kann; hingegen erzielt man mit medikamentösen Lösungen bei denjenigen Behandlungsmethoden bessere Heilerfolge, bei denen die mechanische Antisepsis gründlicher ausgeführt wird.

---

[1]) l. c.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Über die Herkunft der im Urin vorhandenen Oxalsäure. Von Lommel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1899, 18. Aug.)

L. hat an verschiedenen Personen 100 quantitative Bestimmungen der im Urin und in den Faeces enthaltenen Oxalsäure gemacht. Aus den Versuchen geht hervor, dafs die Oxalsäure des Urins nur zum geringsten Teil von den durch die Nahrung aufgenommenen Oxalaten herrührt; der bei weitem gröfsere Teil wird im Organismus selbst gebildet. Nach Aufnahme gröfserer Mengen von Oxalaten ist die Ausscheidung der Oxalsäure allerdings eine vermehrte, doch stellt die ausgeschiedene nur einen kleinen Teil der aufgenommenen dar. Eine Beziehung zwischen Zersetzung von Körpereiweifs und Ausscheidung von Oxalsäure besteht nicht, doch vermehrt eine an Nuclein und Gelatinesubstanzen reiche Nahrung die Menge der ausgeschiedenen Oxalsäure. Dreysel-Leipzig.

Quantitative Eiweifsbestimmung im Urin. Von Charles W. Purey-Chicago. (New-York med. Journ. 17. Juni 1899).

Die Eiweifsfüllung geschieht in graduirten Tuben mit 2 ccm 50 procentiger Essigsäurelösung und 3 ccm einer 10 prozentigen Kaliumferrocyanidlösung auf 10 ccm Urin. Nach gehöriger Mischung und 10 Minuten langem Zuwarten bis zur völligen Praecipitation werden die Tuben in eine speziell konstruierte Centrifuge gebracht. Der volumetrische Prozentsatz kann leicht an der Tube abgelesen werden. Der Harn soll vorher stets filtriert werden, wenn er neutral oder alkalisch ist, angesäuert werden.

Federer-Teplitz.

Konstitutionelle Albuminurie. Von F. Martin. (Klin. therap. Woch. 1900, 4. März.)

Unter konstitutioneller Albuminurie versteht M. den Zustand, den man bisher als cyklische oder physiologische Albuminurie bezeichnete. Ohne Zweifel hat man es hierbei mit einem pathologischen Zustande zu thun, meist handelt es sich um eine congenitale Schwäche der Glomerulusepithelien. Die Affektion kann ganz verschwinden, aber auch in eine wahre Nephritis übergehen. Das Verhältnis dieser Form der Albuminurie zu den organischen Nierenerkrankungen ist dasselbe, wie das der alimentären Glykosurie zum wirklichen Diabetes. Bei der Behandlung ist Vermeidung von Alkohol und

anderer Irritantien neben andauernder Bettruhe das beste. Oft verliert sich diese Abnormität von selbst. Verf. hat einen Fall beobachtet, bei dem eine Schwangerschaft trotz vorhandener konstitutioneller Albuminurie völlig normal verlief. Dreysel-Leipzig.

Klinische Beobachtungen über die Ammoniakausscheidung durch den Harn. Vorläufige Mitteilung von Dr. L. Michaelis, Assistenzarzt. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900. Nr. 17.)

Der normale Harn des Menschen enthält bekanntlich geringe Mengen von Ammoniak. Gesteigert wird die Ammoniakausscheidung u. a. auch durch Sauerstoffmangel, wie Versuche an Tieren beweisen (Reale und Bocri). Michaelis konnte die Richtigkeit dieser Theorie an einer Reihe von Fällen in dem städtischen Krankenhause Gitschinerstrafse in Berlin (Professor Dr. Litten) beweisen, bei denen gleichfalls eine Sauerstoffunterernährung stattfand, so bei einem Falle von Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber und schweren Kompensationsstörungen, die auf gleichzeitig vorhandene Nephritis zu beziehen waren, ferner bei einem Falle von Myodegeneratio cordis, bei Herzfehlern verschiedener Art und endlich bei einem Falle von Bronchialasthma. Im letztgenannten Falle bestand die vermehrte Ammoniakausscheidung nur so lange, als der Anfall dauerte und die Dyspnoe anhielt, kehrte aber später zur Norm zurück. Ludwig Manasse-Berlin.

Über eine einfache und zuverlässige Methode quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen. Von Schumacher und Jung. (Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmathol. XLII.)

Das Verfahren ist im Wesentlichen folgendes: Der zu untersuchende Harn (1 Liter) wird, nachdem die organischen Substanzen zum gröfsten Teil durch chlorsaures Kali und Salzsäure zerstört sind und das Quecksilber auf diese Weise in Quecksilberchlorid übergeführt ist, unter gelindem Erwärmen mit 100 ccm Zinnchlorürlösung versetzt, durch ein Astbestfilter filtriert und nachgewaschen. Der Niederschlag wird mit etwas KOH und Wasser erwärmt. Nach dem Abkühlen wird abermals $KClO_3$ und HCl hinzugesetzt und so der Rest der organischen Substanzen zerstört und das Quecksilber vollständig als Chlorid in Lösung gebracht. Hierauf wird filtriert und die noch warme Lösung mit Zinnchlorür versetzt. Dann wird dieselbe durch ein Filtrieramalgamierröhrchen filtriert, das mit Goldasbest gefüllt ist, worin feine Goldkörnchen verteilt sind. Hierauf Waschung mit Salzsäure und Wasser, Alkohol und schliefslich Äther, Trocknen im Luftstrom und Wägung bis zur Gewichtskonstanz. Dann wird das Quecksilber weggeglüht und wieder bis zur Gewichtskonstanz gewogen. Die Differenz zwischen den beiden Wägungen ergiebt dann die Quecksilbermenge. Kontrolversuche haben erwiesen, dafs die Methode sehr genaue und verläfsliche Resultate gibt.

v. Hofmann-Wien.

Über die Beziehungen epileptischer Anfälle zur Harnsäureausscheidung. Von Dr. Caro-Posen. (Deutsch. med. Wochschr. 1900, Nr. 19.)

Krainski hatte festgestellt, dafs 24—48 Stunden vor einem epilepti-

schen Anfall eine Harnsäureverminderung im Urin auftrete und zwar mit einer solchen Sicherheit, dafs er auf dieses Symptom hin jedesmal den Eintritt eines epileptischen Anfalls voraussagen konnte. Die Verminderung der Harnsäureausscheidung führte er auf ein im Blute kreisendes Gift zurück, das jedesmal durch den epileptischen Anfall zerstört würde, worauf dann ein Wiederansteigen der Harnsäureausscheidung erfolgte.

Die Richtigkeit dieser Thatsache konnte Caro an einem 24jährigen Epileptiker feststellen, der seit acht Jahren an Epilepsie litt. In einer über 16 Tage sich erstreckenden Beobachtungszeit wurde die tägliche Harnsäureausscheidung genau bestimmt, an zwei Tagen sank dieselbe auf ein Minimum und beide Male folgten epileptische Anfälle, einmal in allerschwerster Form und das zweite Mal in Form von minimalem sekundenlangen Gedankenaussetzen. Ludwig Manasse-Berlin.

Dysuria from uric acid. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 17. März.)

Gegen den durch Harnsäure verursachten Harndrang wird folgende Lösung empfohlen:

Acid. benzoic.
Boracis aa 2.5
Aqu. 240.0
D. S. 2stündlich 2 Efsl. Dreysel-Leipzig.

Über Sidonal (chinasaures Piperazin). Von Dr. Ferdinand Blumenthal und cand. med. Lewin. (Die Ther. d. Gegenw. 4. Heft 1900, S. 160.)

Kritisches über Gicht-Heilmittel. Von Professor Dr. G. Klemperer-Berlin. (Die Ther. d. Gegenw. 4. Heft 1900, S. 191.)

Erfahrungen über Sidonal bei Gicht. Von Dr. Schlayer-Berlin. (Die Ther. d. Gegenw. 5. Heft 1900, S. 237.)

Das Sidonal ist eine Verbindung von Chinasäure mit Piperazin (Jaffé & Darmstädter), die in Pulverform auf den Markt kommt; es ist in Wasser leicht löslich. Mit dem Präparat haben Blumenthal und Lewin auf der v. Leydenschen Klinik Versuche an einer Reihe von Patienten angestellt und sind dabei zu dem Schlufs gekommen, dafs es die Ausscheidung der Harnsäure herabsetzt, während die Ausscheidung der Hippursäure gleichzeitig steigt. Sie sind geneigt anzunehmen, dafs es sich nicht um eine Retention von Harnsäure im Organismus handelt, sondern dafs überhaupt weniger Harnsäure gebildet, da sonst nach dem Aussetzen des Mittels die Harnsäureausscheidung unverhältnismäfsig ansteigen müfste, was aber nicht der Fall war. Sie verabreichten das Mittel in Lösungen von 10,0 : 150,0 und gaben davon zweistündlich einen Efslöffel. Sie haben ihre Versuche an Patienten angestellt, die weder an harnsaurer Diathese noch an Gicht litten, empfehlen es aber auf Grund ihrer Untersuchungen prophylaktisch und therapeutisch bei den genannten Krankheiten. In der sich an den Vortrag[1]) anschliefsenden Dis-

[1]) Verein f. innere Medizin 5. März 1900.

kussion konnten die Herren von Leyden, Jacques Meyer, Ewald, Goldscheider und Edmund Meyer über günstige Erfolge des Mittels bei Gicht und harnsaurer Diathese berichten. Nicht minder günstig urteilt Schlayer, der in 6 Fällen von harnsaurer Diathese — darunter 5 Fälle mit chronisch-arthritischen Veränderungen an verschiedenen Gelenken, ein Fall mit Ausscheidung von Nierengries und häufigen Schmerzen in der Nierengegend — eine Besserung der subjektiven und objektiven Symptome gesehen haben will.

Etwas skeptischer urteilt Klemperer, der keine eigenen Erfahrungen über das Mittel besitzt, aber aus theoretischen Gründen seine Wirksamkeit bezweifelt. Mit Recht weist er darauf hin, dafs Gicht nicht gleichbedeutend mit vermehrter Ausscheidung von Harnsäure sei, sondern dafs die Ablagerung der Harnsäure in den entzündeten Gelenken nur etwas Sekundäres darstelle und mit gleichem Recht betont er, dafs es eine Reihe von Krankheitszuständen giebt, bei denen viel mehr Harnsäure im Blute kreist als bei der Gicht, und dafs es doch nicht zur Ablagerung von Harnsäure komme. Trotz der theoretischen Bedenken empfiehlt Kl. aber doch das Mittel zu versuchen, die praktische Erfahrung allein sei imstande, über den Wert eines Mittels zu entscheiden. Ludwig Manasse-Berlin.

Certain effects of benzoic acid upon the urine. Von Ashhurst. (Philad. Med. Journ. Febr. 24. 1900.)

Die Benzoesäure ist nach A. bei innerlicher Verabreichung wohl imstande, alkalischen Urin sauer zu machen, während sie den Aciditätsgrad bereits sauren Harns nur wenig oder gar nicht steigert. Es liegt daher nahe anzunehmen, dafs das Sauerwerden des Urines in solchen Fällen nicht auf einer direkten chemischen Wirkung der Benzoesäure beruhe, sondern auf Verhinderung der alkalischen Harngährung durch dieses Mittel oder seine Umwandlungsprodukte. Um den Beweis für diese Behauptungen zu erbringen, hat A. 2 Hunden je 1—2 Gramm benzoesaures Natron subkutan injiciert und den Urin regelmäfsig untersucht. Der Säuregrad wurde durch Titrierung mit Kalilauge (als Index diente Phenolphtalein) bestimmt. Auch seinen eigenen Urin untersuchte A. vor und nach dem Einnehmen von benzoesaurem Natron. Die gewonnenen Resultate formuliert A. folgendermafsen: Die Benzoesäure bewirkt: 1. eine inkonstante Steigerung der Diurese, verbunden mit einer leichten Abnahme der Acidität, 2. Verzögerung oder absolute Verhinderung der alkalischen Harngährung, und 3. eine baktericide Wirkung auch auf Bakterien, welche im sauren Harne vorkommen.

v. Hofmann-Wien.

Présentation d'instrument. Von Yvon. (La Presse Méd. Nr. 37. 9. Mai 1900.)

Ein Glykosimeter zur quantitativen Bestimmung des Zuckers von Diabetikern, des krystallisierbaren und des Milchzuckers; verlangt kein monochromatisches Licht und läfst von 1 bis zu 170 gr Zucker im Liter Urin durch einfaches Ablesen feststellen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nichtdiabetiker auf Grund einer neuen Methode zur quantitativen Bestimmung kleinster Mengen von Glykose im Urin. Von Dr. Theodor Lohnstein-Berlin. (Allgem. Med. Centralzeit. 1900. S.-A.)

Die bisher angegebenen Methoden zur Bestimmung kleinster Zuckermengen im normalen Urin weisen entweder noch nennenswerte Fehlerquellen auf oder sind so umständlich, dafs sie für den Praktiker nicht zu verwerten sind. Th. Lohnstein bemühte sich deshalb, eine geeignetere Methode zu finden und das ist ihm anscheinend auch gelungen. Er benutzt zwei Gährungssacharometer, die sich von seinen früher (Allgem. med. Centralzeit. 1899 Nr. 101) für pathologische Zuckerwerte benutzten einmal durch die Dimension des Gährungsrohrs und ferner dadurch unterscheidet, dafs sie keine fertige Scala besitzen. In das eine dieser Sacharometer bringt er den zu untersuchenden Harn, in das zweite eine Aufschwemmung von Hefe mit Wasser oder einer indifferenten Salzlösung. Die Anstellung dieses zweiten Parallelversuches ist deshalb notwendig, weil sich gezeigt hat, dafs schon aus gewöhnlicher Hefe bei der Vergährung sich Kohlensäure entwickelt, die entweder in ihr physikalisch gebunden ist oder durch Selbstgährung bei erhöhter Temperatur zur Entwickelung kommt. Diese Kohlensäuremenge mufs natürlich bei der Berechnung in Abzug gebracht werden. Lohnstein fand nun als normalen Traubenzuckergehalt bei Gesunden die Zahl von 0,020%.

Wer sich für die Materie näher interessiert, wird die Arbeit, die in Form einer Monographie alle einschlägigen Fragen behandelt, im Original studieren müssen, er wird dabei allerdings nicht das „Gruseln“ empfinden dürfen, von dem erfahrungsgemäfs die meisten Mediziner vor der Entwickelung mathematischer Formeln erfüllt sind.

Ludwig Manasse-Berlin.

Sur la transformation de la graisse en glycogène dans l'organisme. Von Ch. Bouchard et A. Desgrez. (La Presse Méd. Nr. 28. 7. April 1900.)

In einer längeren Studie erläutern die Verff., dafs das Leberglykogen aus den Kohlenstoffhydraten der Nahrung und dem Zerfall des Eiweifses entsteht, das Muskelglykogen hingegen im wesentlichen aus der unvollständigen Verbrennung des Fettes und nebenbei aus dem Zucker des Blutes.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

A lecture on non diabetic glycosuria. Von Saundby. (Brit. Med. Journ. April 14. 1900.)

Wenn auch Fälle von nicht diabetischer Glykosurie ziemlich selten sind (Verf. hat in einer 15jährigen ausgedehnten Praxis nur 69 Fälle beobachtet), so ist doch die Kenntnis eines solchen Vorkommens für den Praktiker sehr wichtig, da ja die Prognose in solchen Fällen eine ganz andere ist, als für den Diabetes. Da bei der Untersuchung auf Zucker mittels der Fehlingschen Lösung immerhin Täuschungen durch andere reduzierende

Substanzen (Glykuronsäure, Chloroform, Chloral, Salicylsäure etc.) verursacht werden könnten, und andere Methoden meist zu umständlich sind, empfiehlt S. nach dem Verfahren von Roberts den Urin zunächst 7—8mal durch Tierkohle zu filtrieren, wodurch alle reduzierenden Substanzen mit Ausnahme des Zuckers entfernt werden, die Zuckerreaktion aber nicht im mindesten gestört wird. S. unterscheidet eine alimentäre oder physiologische und eine pathologische Glykosurie. Die erstere findet sich bei excessivem Zuckergenufs, während die zweite verschiedenen Ursachen ihre Entstehung verdankt. Zu diesen gehört in erster Linie der Alkoholismus. In solchen Fällen findet sich im Urin reichlich Zucker, welcher aber nach Aussetzen des Alkohols rasch schwindet, wie mitgeteilte Krankengeschichten beweisen. Erkrankungen der Leber, sowie auch des Magens können ebenfalls Glykosurie hervorrufen, obgleich es sich in einer grofsen Zahl dieser Fälle ebenfalls um die Folgen von Alkoholismus handeln dürfte. In vereinzelten Fällen findet sich Glykosurie ohne nachweisbare Ursache bei Neurasthenie. Als letzte Form nennt S. noch die senile Glykosurie, wie sie sich bei alten marastischen Leuten findet.

v. Hofmann-Wien.

Origine infectieuse du diabète hydrurique. Von Klippel. (La Presse Méd. Nr. 24.)

Die einfache Harnruhr kann sowohl durch die Toxine der verschiedensten Infektionskrankheiten, wie Typhus und Tuberkulose, als auch durch schwere psychische Alterationen veranlafst sein; die Einwirkungen können von akuter und auch von chronischer Dauer sein.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Du diabète par hyperhepatie dans les cirrhoses pigmentaires. Von Gilbert, Castaigne et Lereboullet. (La Presse Méd. Nr. 39. 16. Mai 1900.)

Die Zuckerausscheidung bei der Pigmentcirrhose ist als Wirkung, nicht als Ursache derselben aufzufassen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Cirrhose pigmentaire diabétique. Voies d'élimination du pigment. Von Rabé. (La Presse Méd. Nr. 39. 16. Mai 1900.)

Demonstration einer cirrhotischen Pigmentleber im Gewicht von 2500 Gramm eines Diabetikers mit Bronzeverfärbung der Gewebe. Es bestand Tuberkulose beider Nebennieren. Das Epithel der Ausführungsgänge der Gallenwege, des Pankreas, der Speicheldrüsen war mit Haufen von Pigment infiltriert; ferner zeigten grofsen Pigmentreichtum die Kapillaren und die Alveolen der Lungen und die Bronchialschleimhaut.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Cirrhoses alcooliques hypertrophiques avec diabète. Von Gilbert et P. Lereboullet. (La Presse Méd. Nr. 39. 16. Mai 1900.)

Die Verf. weisen auf Zuckerausscheidungen bei der hypertrophischen Lebercirrhose der Alkoholiker hin. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

L'albuminuria nel diabete ed il diabete renale. Von Schupfer. (Il Policlinico Nr. 1 u. 3. 1900.)

S. hat sich damit befafst, die Ursachen und die Bedeutung der Albu-

minurie zu studieren. Er hat zu diesem Zweck Versuche an Hunden angestellt und verfügt auch über zahlreiche Beobachtungen an Menschen. Von den Schlufsfolgerungen des Autors seien folgende hervorgehoben: 1. Die Albuminurie kann durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt sein, von welchen Coma diabeticum, nervöse Einflüsse, Hyperämie und Nephritis die wichtigsten sind. 2. Bei der pankreatischen Form des Diabetes beim Menschen kann eine Albuminurie, welche 1‰ nicht übersteigt, verlaufen, ohne auf die Glykosurie Einflufs zu nehmen; über schwerere Formen liegen noch nicht genügende Beobachtungen vor, doch ist anzunehmen, dafs in solchen Fällen die Zuckerausscheidung durch den Urin vermindert sei. 3. Die beim arteriosklerotischen Diabetes gewöhnlich geringgradige Glykosurie scheint durch Nierenveränderungen nicht in nennenswerter Weise beeinflufst zu werden. 4. Beim gichtischen Diabetes können die Mengen der Zucker- und Eiweifsausscheidung im verschiedensten Verhältnis stehen. 5. Kommen bei einem Diabetiker schwere Nierenveränderungen vor, so spricht dies für gichtischen Ursprung. v. Hofmann-Wien.

Alimentäre Pentosurie beim Diabetes. Von v. Jaksch. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1899, 18. Aug.)

Verf. hat bei Diabetikern eine Anzahl Versuche mit Arabinose, Xylose und Rhamnose gemacht. Diese Versuche haben gezeigt, dass alle diese Substanzen als Ersatzmittel der Glykose beim Diabetiker nicht in Betracht kommen können, da sie teils in erheblicher Menge unverändert wieder ausgeschieden werden, teils auch zu einer erhöhten Zerstörung von Eiweifs und Fett führen. Dreysel-Leipzig.

Über Herzkrankheiten auf diabetischer Basis und ihre Behandlung. Von Schott (Nauheim).

Die häufigsten Komplikationen von seiten des Herzens, die Schott bei Diabetes beobachtet hat, sind Herzneurosen motorischer wie sensibler Art, Herzschwäche mit und ohne vorausgegangener Hypertrophie, ebenso Myokarditis, während ausgesprochene Klappenfehler seltener sind. Das wichtigste bei der Behandlung ist die antidiabetische Kur, ferner der Gebrauch von Karlsbader, Neuenahr, Vichy. Physikalische und hydrotherapeutische Mafsnahmen sind nur mit grofser Vorsicht anzuwenden, am meisten empfehlen sich noch bei echten Herzaffektionen die Kohlensäurebäder.

Ludwig Manasse-Berlin.

Gangrene complicated by glycosuria. Von C. S. Wallace. (Lancet 1899, 23. Dez.)

W. hat in den letzten Jahren 26 Fälle von diabetischer Gangrän beobachtet; in 24 Fällen wurden die Arterien untersucht und waren ausnahmslos atheromatös. 11 Kranke wurden operativ behandelt, von diesen starben 7. Bei 13 war die Therapie eine palliative, von diesen starben 8, während bei den übrigen eine Besserung nicht zu verzeichnen war. Nach W. ist der Beweis, dafs bei Diabetikern eine wahre Gangrän ohne Arterienerkrankung zu Stande kommen kann, noch nicht erbracht. Therapeutisch bieten die besten Aussichten Amputationen und zwar möglichst nahe dem Stamm und

vor Eintritt einer allgemeinen Sepsis. Glykosurie ist eine Indikation, aber keine Kontraindikation für ein operatives Vorgehen bei gangränösen Prozessen. Dreysel-Leipzig.

Zur Prognose der Glykosurie und des Diabetes. (Sitzung der Berliner mediz. Gesellschaft, Januar 1900.) (Med. Woche 4.)

Hirschfeld tritt der gewöhnlichen Ansicht, die Glykosurie sei eine vorübergehende Störung, der Diabetes dagegen eine unheilbare Erkrankung, entgegen; Glykosurie kann der Anfang eines Diabetes sein, im anderen Fall kann der Diabetes auch heilbar sein. Die Schwere eines Diabetes kann nicht allein nach der Quantität des im Urin ausgeschiedenen Zuckers beurteilt werden, es mufs vor allem dabei die Quantität der eingeführten Kohlenhydrate und Eiweifsstoffe bekannt sein. Man rechnet, dafs Aussicht auf Besserung zu erhoffen ist, wenn von den eingeführten Kohlenhydraten $^5/_6$ verarbeitet und $^1/_6$ ausgeschieden wird. Überlastung mit Kohlenhydraten bewirkt Verschlimmerung, Auftreten von Aceton ist als Zeichen einer Spontanverschlimmerung anzusehen. Bekannt ist, dafs äufsere Momente wie interkurrente Krankheiten ebenso wie Gemütsbewegungen den Zustand verschlimmern können. Bei Zunahme des Körpergewichts tritt vermehrte Ausscheidung ein. Nach H.s Ansicht läfst sich keine Grenze zwischen diabetischer und alimentärer Glykosurie ziehen. In der Diskussion erwähnt Klemperer, dafs er jede Glykosurie für Diabetes halte und dafs die Annahme, der Diabetes bei jüngeren Personen sei schwerer als bei älteren, eine irrige sei; es kommen auf beiden Seiten Ausnahmen vor.

Thümmel-Leipzig.

Zur Therapie des Diabetes mellitus. Von Lenné (Neuenahr).

Da nach Blumenthal auch in bestimmten Eiweifsarten Kohlehydratgruppen vorkommen, so ist die Eiweifsernährung der Diabetiker nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Weise zu berücksichtigen. Muskelarbeit verbindet sich bei schwerem Diabetes mit Stickstoffunterbilanz. Für den Gebrauch der alkalischen Quellen spricht neben der klinischen Erfahrung auch eine Reihe von Erscheinungen, die die Alkalescenz des Blutes in positivem Sinne beeinflussen. Ludwig Manasse-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

A propos de l'atternance physiologique des reins. Von E. Bardier und H. Frenkel. (La Presse Méd. Nr. 26.)

Es ist selten, dafs eine Niere mehr Urin ausscheidet als die andere; vorkommenden Falles beruht das auf mechanischen (narbigen) Störungen des einen Ureters. Unbewiesen ist die Behauptung, dafs physiologisch eine Alternierung der Nierenleistung, begründet durch Vasodilatation bezw. Vasokonstriktion, besteht. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Nuovo metodo di esame della permeabilità renale. Von Simonelli. (Nuova rivista clin. therapeut. 99, Nr. 10.)

Die Methode Simonellis zur Prüfung der Funktionsfähigkeit der Niere

begründet sich darauf, dafs normalerweise die Jodausscheidung im Harn und Speichel gleichzeitig, nach spätestens 1/2 Stunde, beginnt und gleich lange andauert. Verfasser giebt Jodkali in Gelatinekapseln mit etwas Wasser und prüft dann beide Sekrete in der gewöhnlichen Weise mit Stärkepapier. Bei Nephritis erfolgt die Ausscheidung des Jodes durch den Harn gewöhnlich 5 ja bis zu 20 Stunden später als im Speichel, ist auch von geringerer Intensität und Dauer. Thümmel-Leipzig.

Über die anatomischen Veränderungen der Nieren nach therapeutischen Quecksilberdosen. Von Grauagna, (Ebenda).

Auf Grund einer Reihe von Tierexperimenten konstatiert Verfasser, dafs bei therapeutischen Dosen von *Hg* Salzen keine Nierenveränderungen vorkommen: keine Albuminurie, keine Nekrosen, in den gewundenen und geraden Nierenkanälen, keine hyalinen und gekörnten Cylinder.

Federer-Teplitz.

Recherches éxperimentales sur les effets des divers anesthésiques sur les reins. Von Robert Coleman Kemp. (The New York medical journal 1899.) La Presse Méd. Nr. 32. 21. April 1900.)

Nach Versuchen an Tierexperimenten rufen Äthernarkosen einen Krampf der kleinsten arteriellen Blutgefäfse in den Nieren hervor, die ähnlich in ihrer Wirkung werden können, wie die Ligaturen der arter. renal. Daher durchaus bei Nierenerkrankungen und Neigung zu Lungenödem kontraindiciert. Die hie und da (3 von 12 Fällen) auftretende Albuminurie pflegt leicht und vorübergehend zu sein. Die Chloroformwirkung auf die Nieren ist gleich Null. Mischungen von Alkohol, Chloroform und Äther widerrät Verf. Die Notwendigkeit, vor jeder Narkose den Urin zu untersuchen, wird betont. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Anesthetics and the kidneys. Von Kemp. (New York County Med. Assoc. 1900, 19. Febr.)

Das mildeste Narkotikum, das die Nieren am wenigsten reizt, ist nach K. Stickstoffoxydul mit Sauerstoff. Bei alten Leuten und bei Atheromatose der Gefäfse ist Stickstoffoxydul kontraindiciert. Chloroform kommt an zweiter Stelle. Äther wird von den Nieren am schlechtesten vertragen.

Dreysel-Leipzig.

Et tilfaelde of mefodt cystos degeneration of begge nyrer. Von Holmsen. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben Nr. 4, 1900.)

Bei dem wegen Hydrocephalus perforierten Kinde einer 25jährigen 2 para fanden sich beide Nieren bedeutend hypertrophiert und von zahlreichen kleinen Cysten durchsetzt; dazwischen reichliches Bindegewebe. Das letztere war besonders entwickelt in der Gegend des Hilus und um die zum Teile obliterierten Calcices. Die Cysten waren mit einem niedrigen kubischen Epithel ausgekleidet, welches meist nicht an der Wand haftete und das Lumen zum Teil ausfüllte. v. Hofmann-Wien.

Die Balneotherapie der chronischen Nierenaffektionen. Von Grödel (Nauheim).

Bei allen Fällen von chronisch parenchymatösen Nierenentzündungen und ebenso bei Schrumpfniere, wenn sie durch Degeneration des Herzmuskels und eine Dilatation des rechten Ventrikels bereits kompliziert ist, hält Grödel den Gebrauch von Thermalbädern, insbesondere auch von kohlensauren Soolbädern für nicht indiziert. Nur bei unkomplizierter Schrumpfniere, bei Fällen reiner Arteriosklerose, ebenso bei chronisch-interstitieller Nephritis lassen sich die kohlensauren Thermen bei genauester Individualisierung des einzelnen Falles mit Vorteil brauchen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Über die Behandlung der Nierenkrankheiten mit kohlensauren Soolbädern. Von Leber-Homburg.

An einer Anzahl von Nierenkranken, und zwar sowohl solchen, bei denen noch keine Komplikationen eingetreten waren, als auch bei Schrumpfniere, die bereits Dilatation des Herzens, Asthma etc. aufwiesen, konnte Leber sich von einer günstigen Wirkung der kohlensauren Bäder überzeugen, wenn durch genaue Dosierung von Temperatur, Salzgehalt des Badewassers und Dauer des Bades darauf geachtet wurde, dafs keine Steigerung des Blutdruckes eintrat. Unterstützend bediente sich Leber auch lauer resp. kühler Abwaschungen und der Heilgymnastik. Gerade die letztere ist nach Lebers Ansicht ein ausgezeichnetes Mittel für Schonung und Übung des Herzmuskels.

Ludwig Manasse-Berlin.

Mioclonia e calcolosi urica renale. Von E. Ferrero. (Gazz. med. di Torino 98 Nr. 48.)

F. berichtet über eine Frau mittleren Alters, bei welcher nach einem Schreck klonische, unkoordinierte Zuckungen der Extremitätenmuskeln auftraten, die auch während des Schlafes nicht vollständig aufhörten. Aufserdem fanden auch fibrilläre Muskelzuckungen zumal in den Pektoralmuskeln statt. Der Zustand dauerte circa 2 Monate an und nahm dann rasch an Intensität und Häufigkeit des Auftretens zu. Der Urin enthielt bei einer Untersuchung Spuren von Albumen und vereinzelte Epithelialcylinder. Der Tod trat unter Delirien ein. Bei der Sektion fanden sich harnsaure Nierensteine in den Nierenbecken vor, aufserdem eine interstitielle und parenchymiatöse Nephritis. Verfasser möchte zwischen dieser uratischen Diathese und der Myoklonie einen Zusammenhang finden.

Thümmel-Leipzig.

The treatment of puerperal eclampsia by diuretic infusions. Von Jardine. (Brit. Med. Journ. May. 26. 1900.)

Da es sich bei Eklampsie offenbar um das Circulieren einer toxischen Substanz im Organismus handelt, so ist es Aufgabe des Arztes, dieselbe entweder unschädlich zu machen oder sie aus dem Körper zu entfernen. Das erstere ist derzeit unmöglich, da wir die Natur des Giftes noch nicht kennen, so dafs nur die Möglichkeit übrig bleibt, die Elimination der toxischen Substanz durch Nieren, Darm oder Haut zu befördern. Verfasser wendet seit 3 Jahren subkutane Infusionen an und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. Die infundierte

Lösung bestand aus gleichen Teilen Kalium bicarb. (oder Natr. acet.) und Kochsalz, von welcher Mischung 15,0 auf den Liter Wasser kamen. Die infundierte Menge betrug $^1/_2$—$1^1/_2$ Liter. Von 22 auf diese Art behandelten Eklamptischen starben 5, doch war in einem Falle der Exitus nicht der Eklampsie, sondern einem perforierten Duodenalgeschwüre zuzuschreiben.

von Hofmann-Wien.

Swelling of the eyelids with intermittent albuminuria in children. Von Fisher. (Brit. Med. Journ. April 14. 1900.)

F. hat die Beobachtung gemacht, dafs mitunter bei im allgemeinen zwar gesunden, aber zarten und schwächlichen Kindern ein Zustand vorkommt, welcher sich in leichter psychischer Depression, Schwellung der Augenlider und zeitweiligem Auftreten von Eiweifs im Urin äufsert. Was das letztere Symptom betrifft, so kann es allerdings auch fehlen, oder es kann im Gegenteil die Albuminurie eine dauernde sein. Ob dies ein vorübergehender Zustand oder vielleicht doch nur das Anfangsstadium einer Nierenerkrankung sei, vermag F. nicht anzugeben und fordert daher zu weiteren Untersuchungen auf. v. Hofmann-Wien.

De la néphralgie (Annals of surgery 1899, Nr. 80). Von Joshua Hubbard. (La Presse Méd. Nr. 24.)

Der Autor hält das Vorkommen der Nierenschmerzen „ohne nachweisbare Ursache“ bei erwachsenen Männern häufiger als bei Frauen; er fand auf 8 Frauen 24 Männer. Meist handelt es sich um bewegliche Niere und um vermehrte Spannung der Niere. Vielfach liegen klinisch oder selbst makroskopisch nicht feststellbare Veränderungen zu Grunde. Alle Untersuchungsmethoden müssen wiederholt in Anwendung kommen, um Klarheit zu schaffen: dann kann man erst operieren. Vielfach verschwinden die Nephralgien durch Ausführung der einfachen Nephrotomie.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Beitrag zur Lehre der im Ablaufe akuter Nephritiden auftretenden Albuminurien. Von R. Kolisch. (Prager med. Wochenschrift 99, Nr. 15 und 16.)

K. teilt zwei von ihm genau beobachtete Fälle mit, einen 41jährigen und einen 89jährigen Mann betreffend, bei welchen im Anschlufs an eine akute infektiöse Nephritis die Erscheinungen einer chronischen Nephritis sich zeigten und monatelang andauerten, während bisher diese sogenannte cyclische oder orthotische Albuminurie meist in Fällen beobachtet und beschrieben wurde, bei denen die Entstehung in das Kindesalter fällt. Der Eiweifsgehalt des Urins war in seinen Fällen sehr gering, im Sedimente fanden sich später nur noch rote Blutkörperchen vor — nach K. Zeichen einer Glomerulonephritis. — Verfasser will diesen Zustand nicht als den Ausdruck einer partiellen Nephritis angesehen wissen. Die Prognose ist günstig; absolute Milchdiät ohne jeglichen Nutzen. Thümmel-Leipzig.

Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques, d'après la thèse de Léon Bernard. Von Labbé. (La Presse Méd. Nr. 34. 28. April 1900.)

Verf. bespricht die parenchymatöse und die interstitielle Nephritis in ihren klinischen Erscheinungen, führt sein Verfahren zur Prüfung der Toxicität des Harns und des Serums an und kommt zu dem Schlusse, dafs die Prognose der Nierenerkrankungen durchaus nicht allein nach ihrer Durchlässigkeit festgestellt werden kann. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Néphrite et artérite interstitielles chroniques. Von N. E. Brill. (The journal of experimental medicine 1900 Nr. 5, 6.) (La Presse Méd. Nr. 38. 12. Mai 1900.)

Beobachtung einer sehr vorgeschrittenen interstitiellen Nephritis mit allgemeiner Arteriosklerose bei einem nur 14jährigen Mädchen. Tod durch Blutungen in Gehirn, Lunge, Milz und eine fibrinöse Perikardit. Verf. meint, dafs das Krankheitsbild oft verkannt und als Diabet insip. oder als Anämie der Kinder angesehen werden mag. Interessant ist, dafs die anderen Familienglieder dasselbe Krankheitsbild boten.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

La glomérulite. Von Prof. V. Cornil. (La Presse Méd. Nr. 30. 14. April 1900.)

Verf. demonstriert an 4 bunten Tafeln die Veränderungen der Nierenknäuelchen bei akuten und chronischen Entzündungen und bespricht deren pathologische Histologie bei den subakuten und chronischen Nephritiden besonders eingehend, von letzteren die hyaline, die amyloide (schöne Doppelfärbung mit dem Pariser Violett, wodurch die degenerierten Gewebe rot, die normalen blau sich wiedergeben), die kalkige Entartung, die cystische Dilatation und die Veränderung der glomeruli durch bakterielle Einwirkung.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

De la néphrite biliaire. Von Gilbert et P. Lereboullet. (La Presse Méd. Nr. 35. 2. Mai 1900.)

An 2 klinischen Fällen wird demonstriert, dafs Albuminurie nicht nur die Folge von Icterus sein kann, sondern dafs auch die durch Angiocholitis entstandene biliäre Nephritis günstig beeinflufst werden kann durch operative Behandlung der erkrankten Gallenwege.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Notes on a case of Brights disease complicated with gangrene. Von Leadmen. (Brit. Med. Journ. April 14. 1900.)

Der Pat., ein 46jähriger, kräftiger Mann zeigte seit zwei Jahren Erscheinungen einer chronischen interstitiellen Nephritis und seit 10 Monaten Zeichen von Hypertrophie des Herzens. Einen Monat vor dem Exitus Auftreten von Gangrän an beiden Beinen, zunehmender Verfall. Tod unter septischen Erscheinungen. Die Gangrän reichte beiderseits bis über das Knie. Der Eiweifsgehalt des Urins war ein sehr beträchtlicher. Das Vorkommen von Gangrän bei Morbus Brightii ist enorm selten, was L. veranlafs that, diesen Fall zu veröffentlichen. v. Hofmann-Wien.

The occurence of Cheyne-Stokes respiration during sleep a diagnostic symptom in the early stages of interstitial nephritis. Von O'Donnovan. (New-York med. news 99, September.)

Als Frühsymptom der interstitiellen Nephritis, noch ehe Albumen und Cylinder im Harn erscheinen, tritt nach O'Donnovans Beobachtungen bei den Patienten während des Schlafes häufig Cheyne-Stokes'sche Respiration auf. Das ist insofern von grofser Bedeutung, als dann noch rechtzeitig therapeutische und diätetische Mafsnahmen getroffen werden können, da ja, wenn einmal Albuminerie und Cylindrurie aufgetreten sind, die Therapie meist ziemlich machtlos ist. Verfasser rät daher, in verdächtigen Fällen das Wartepersonal genügend zu instruieren.

Thümmel-Leipzig.

A case of uraemie closely simulating cerebral haemorrhage. Von Lillie. (Brit. Med. Journ. April 21. 1900.)

Ein 65jähr. Mann wurde bewufstlos auf der Gasse gefunden und ins Spital gebracht. Bald nach der Aufnahme kehrte das Bewufstsein zum Teil zurück, doch konnte der Kranke das rechte Bein und den rechten Arm nicht bewegen. Zweimaliges Erbrechen. Nach einigen Stunden stertoröses Atmen und konvulsive Zuckungen auf der rechten Gesichtsseite, sowie im rechten Arm und Bein. Im Laufe von weiteren vier Stunden Zurückgehen sämtlicher Erscheinungen, so dafs der Pat. seine Glieder wieder gebrauchen konnte. Doch war Pat. durch 36 Stunden matt und abgeschlagen, klagte über Kopfschmerz und schlief sehr viel. Nachdem der Kranke zu sich gekommen war, hatte er durch 24 Stunden keinen Urin gelassen. Der nach Ablauf dieser Zeit untersuchte Harn enthielt reichlich Eiweifs, welches aber im Laufe von 24 Stunden nahezu verschwand. v. Hofmann-Wien.

Differentiation of the urines. Von F. T. Brown. (Annals of Surgery 1899, Dez.)

Verf. giebt eine kurze Beschreibung der verschiedenen Methoden, die den Urin von jeder Niere gesondert aufzufangen gestatten. Er berichtet über 55 eigene Beobachtungen, bei denen er zu diagnostischen Zwecken die Ureteren katheterisiert hatte. Dreysel-Leipzig.

De l'utilité de la radiographie pour établir le diagnostic de certaines affections chirurgicales du rein. Von Hannecart-Bruxelles. (Annal. de la société belge de chirurgic. März 1900.)

Die beigegebenen Photographieen demonstrieren folgendes:

1. Nierensteine. An der linken Niere ein Harnsäurestein, ferner in einem anderen Falle zwei Oxalsäuresteine, die als Einer imponierten durch Röntgenbild festgestellt und von Verhoogen operativ entfernt. Auch an der rechten Niere wurden von Gaimard Steine (experimentell) durch Röntgenbild nachgewiesen. Phosphatsteine am wenigsten deutlich, Urat- und Oxalatsteine gleich deutlich, letztere weniger markant.

2. Wanderniere.

3. Normale Nieren. Grofser Unterleibstumor, der sich, wie De-



page vor der Operation annahm, als vereiterte Perinephrit. herausstellte und dessen Röntgenbild normale Nierenform erkennen liefs.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

De l'existence d'un réflexe réno-rénal dans certaines néphrites médicales. Von Pousson. (Annales des malad. des org. genito-urin. 1900, Nr. IV.)

Von Guyon ist schon seit langem und wiederholt auf die funktionellen Störungen hingewiesen worden, welche in den Harnorganen auf reflektorischem Wege entstehen. Die praktisch bei weitem wichtigste ist die von einer Niere auf diejenige der anderen Seite ausgeübte. Als solche führt der Verfasser die Oligurie bei einseitiger Nierenläsion, bei Stein- oder hydronephrotischen Koliken u. a. an, bemerkt aber dazu, dafs von einer ganzen Reihe von Autoren eine derartige Reflexwirkung bestritten wird. Als beweisend für das thatsächliche Bestehen reno-renaler Reflexe führt P. die Beobachtung bei einem 75jährigen Manne an, der seit 11 Tagen an linksseitiger Steineinklemmung und Anurie litt; sofort ($2^1/_2$ Stunden) nach der Nephrotomie wurde reichlich Urin auf natürlichem Wege gelassen, während der ganze Urin der linken Niere durch die Wunde abflofs. Ebenso wie diese chirurgische Affektion behauptet Verfasser, kann auch ein rein entzündlicher Vorgang die Sekretion der gesunden Seite beeinflussen und er hält es für durchaus möglich, dafs analog den sympathischen Augenentzündungen durch Vermittlung des Plexus solaris sympathische Nephritiden sich entwickeln. Mit allen Einzelheiten wird nun eine aufserordentlich interessante und genau studierte Krankenbeobachtung mitgeteilt. Es handelte sich um eine Frau, die an einer einseitigen hämorrhagischen Nephritis litt mit Verminderung der Harnmenge, des Harnstoffs der Chloride und Phosphate; der Albumengehalt war mäfsig und es bestanden ausgesprochene Symptome von Urämie. Es wurde nun die Nephrotomie ausgeführt und sehr bald stieg die Urinmenge bis über das normale, während der Harnstoff, die Phosphate und Chloride entsprechend zunahmen. Das Gesamteiweifs blieb etwa gleich, jedoch schwanden alle urämischen Erscheinungen. Dieser sehr günstige Zustand hielt an, bis die Nierenwunde sich schlofs, um sich dann wieder zu verschlechtern, wobei die urämischen Symptome besonders schwer auftraten. Es wurde nun die Niere exstirpiert und von diesem Tage an stieg die Urinmenge wieder auf 1500—2000 cc, Harnstoff werden ca. 15—20 gr pro die entleert und ähnlich vermehrt sind die Phosphate und Chloside. Erbrechen und Kopfschmerz, sowie die Dyspnoe und auch die anderen Vergiftungserscheinungen schwinden dauernd. Bei der Entlassung der Patientin aus dem Hospital war Pat. völlig gesund nur fanden sich im Urin noch kleine Spuren Eiweifs. Die mikroskopische Untersuchung erwies die Affektion als parenchymatöse Nephritis. Der Fall ist so bemerkenswert, dafs er die weiteste Beachtung verdient.

Koenig-Wiesbaden.

Et tilfaelde af nefrektomi ved haematuri efter trauma med manglende patologisk-anatomisk fund. Von Winge. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben Nr. 3, 1900.)

Eine 25jährige Dame wurde durch eine grofse Sattlernadel verletzt,

welche in der rechten Lumbalgegend eindrang. Die Wunde heilte zwar ohne jede Reaktion, doch trat schon den Tag nach der Verletzung Hämaturie auf, welche mit nur wenigen Unterbrechungen ein volles Jahr bestand und jeglicher Behandlung trotzte. Die Kranke kam dabei körperlich und psychisch sehr herunter, so dafs man sich entschlofs, die Nephrektomie auszuführen. Die Operation verlief vollständig glatt. Die exstirpierte rechte Niere erwies sich aber selbst bei genauester mikro- und makroskopischer Untersuchung als normal. Nichtsdestoweniger erholte sich die Kranke nach der Operation sehr rasch und die Hämaturie war und blieb verschwunden. Der Verfasser vermutet, dafs es sich in diesem Falle um eine Blutung angio-neurotischen Ursprungs, vielleicht durch Verletzung eines Nerven verursacht, handle.

v. Hofmann-Wien.

An interesting case of hydronephrosis. Von John Pyle. (New-York Medical Journal, Febr. 1899.)

Der Fall ist besonders bemerkenswert wegen der Gröfse des Tumors, welcher durch Laparotomie entfernt war. Die Geschwulst wog 10 Pfund, ihre Wandung bestand nur aus der Nierenkapsel, während die Substanz der Niere selbst völlig geschwunden war. Klinisch war die Diagnose auf ein Ovarialkystom gestellt worden und die Möglichkeit einer Schwangerschaft offen gelassen.

Koenig-Wiesbaden.

Le modificazione anatomiche del rene nell' idronefrosi sperimentale. Von Nunzio Distefano. (Il Policlinico Aug., 1899.)

Die Resultate der experimentellen Untersuchungen des Verf. lassen sich etwa in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die Annahme, dafs eine Hydronephrose nur entstehe, wenn der Verschlufs des Ureters langsam vor sich gehe, ist unrichtig; auch nach plötzlicher Verstopfung oder Unterbindung entwickelt sich eine Hydronephrose.

2. Der hydronephrotische Sack wächst durch allmähliche Zerstörung und Schwund der funktionierenden Nierensubstanz sowie durch zunehmende Dichtigkeit des praeexistierenden Bindegewebes.

3. Die Gewebsdestruktion vollzieht sich in der ersten Zeit durch Nekrobiose ähnlich wie bei der akuten parenchymatösen Nephritis und später durch fortschreitende Atrophie.

4. In keinem Stadium läfst sich Neubildung von Bindegewebe nachweisen.

Koenig-Wiesbaden.

Déchirure complète du rein droit. Néphrohaphie. Guérison. Von Philippe-Liège. (Archiv. provinc. de chirurg. April 1900.)

Der hochinteressante Fall betrifft einen $9^1/_2$jähr. Knaben, der beim Spielen mit der rechten Lendengegend auf einen Eisenring so zu fallen kam, dafs ein kleiner Kamerad auf ihm lag. Keinerlei äufserliche Verletzung. Verliert Bewufstsein nicht. Puls, Gesichtsausdruck gut; bis zum Abend allmählich abnehmendes Bluthamen; abends 38° C.; am nächsten Tage nur 300 gr blutfreier Urin, 39,4° C. Der gedämpfte Schall breitet sich nach der Mittellinie zu aus. Am 3. Tage Operation: Weichteile zeigen keine Spur von Quetschung. Die Niere in einen gröfseren oberen und einen kleineren

unteren Teil zerrissen und vom Hilus getrennt. Nierenbecken und die grofsen Gefäfse intakt. Naht mit dickem Katgut. Nach 6 Wochen vollständige Heilung. Urin normal an Quantität und Qualität.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Déchirures multiples du rein. Nephréctomie. Von Souligoux et Fassard. (La Presse Méd. Nr. 31. 18. April 1900.)

Durch Überfahren mit Wagen rechte Niere mehrfach verletzt und zerrissen. Sofort vorgenommene Laparotomie beugt einer Infektion des Peritoneums vor. Drainage; nach 14 Tagen Entfernung der Niere wegen Blutung. Heilung.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Injuries of the kidney and traumatic (parenchymatous) nephritis. Von Yarrow. (New York Med. Journ. Jan. 6. 1900.)

Ein 7jähr. Knabe war von einem Kohlenfuhrwerk überfahren worden. Der sehr kollabierte Pat. wurde katheterisiert und es entleerten sich circa 60 cbcm klaren Urins. Zwei Stunden später entleerte der Kranke spontan über 300 cbcm blutigen Harnes. Pat. erholte sich verhältnismäfsig rasch und konnte nach 6 Wochen geheilt entlassen werden. Die Untersuchung des Urins, welche die ganze Zeit hindurch regelmäfsig durchgeführt wurde, ergab sehr interessante Resultate. Der Urin enthielt im Anfang reichlich Blut und Eiweifs in grofser Menge. Im Sedimente fanden sich rote Blutkörperchen, Leukocyten, Blut- und granulierte Cylinder. Sehr bald zeigten sich in und um die Cylinder Hämatoidinkrystalle, sowie auch reichlich fettig degenerierte Nierenepithelien. Vierzehn Tage nach der Verletzung trat Albumosurie auf, welche durch eine Woche bestehen blieb. Blut war im Urin spectroskopisch durch einen ganzen Monat nachweisbar.

v. Hofmann-Wien.

Kyste hydatique du rein; extirpation partielle; capitonnage de la portion restante; guérison. Von Lejars. (La Presse Méd. Nr. 36. 5. Mai 1900.)

Das Referat besagt nur, dafs die genesene Operierte vorgestellt wurde.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Quelques cas de chirurgie rénale. Néphrostomies et néphrolithotomies. Von E. Vidal de Périgueux. (Archives provinciales T. IX. Mai 1900.)

Einleitend äufsert Vidal, dafs die allgemeinen Indikationen und die operativen Methoden in der Nierenchirurgie heutzutage so klar und deutlich gegeben sind, dafs eigentlich es keinem einfallen dürfte, an dergleichen zu sterben; doch kann die operative Technik, die Sicherheit der Diagnose noch immer verbessert, das Vorurteil gegen absolut notwendige frühzeitige Eingriffe nicht genug bekämpft werden. Dies anzustreben ist der Zweck der Veröffentlichung möglichst eingehender und zahlreicher Beobachtungen. Die darauf angeführten 4 eigenen Beobachtungen sind aufserordentlich lehrreich und würden, selbst schon knapp auf 14 Seiten zusammengestellt, auszugsweise nur verstümmelt wiedergegeben werden können.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Zur Kasuistik der Nierensteine. Von Fedorow. (Chirurgia Bd. V, pag. 252.)

F. beschreibt einen Fall von Nierensteinerkrankung, der dadurch bemerkenswert war, dafs sich niemals Nierenkoliken zeigten, ebenso niemals Blut im Urin sich vorfand. Es handelte sich um eine 37jährige Kranke, welche unter Schmerzen in der rechten Seite und Fieber erkrankte. Es fand sich eine Pyonephrose mit einem grofsen Phosphatsteine vor. Die Niere wurde exstirpiert, es trat glatte Heilung ein. Verfasser führt noch eine Anzahl ähnlicher Fälle an, in denen bei Pyonephrose und Steinen keine charakteristischen Symptome auftreten. Thümmel-Leipzig.

Ein Fall von aseptischer Nephrolithiasis. Nephrolithotomie. Heilung. Von Nicolich. (Wiener med. Presse Nr. 22, 1900.)

Ein 32jähr. Mann hatte vor 3 Jahren zweimal Blut uriniert, ohne sonstige Beschwerden zu verspüren. Seit jener Zeit niemals Hämaturie. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren kolikartige, anfangs selten, später häufig auftretende Schmerzen in der linken Nierengegend. Im Urin fanden sich weder Konkremente, noch war Blut makroskopisch sichtbar. Mikroskopisch fanden sich im Sedimente nach dem Anfalle wenige rote Blutkörperchen, Krystalle von oxalsaurem Kalk und Leukocyten. Die Palpation ergab Volumszunahme der linken Niere und Druckempfindlichkeit der entsprechenden Region. Am 25. November 1899 wurde die Operation vorgenommen, die Niere freigelegt, am konvexen Rand incidiert und ein Nierenstein von Kastaniengröfse entfernt. Hierbei erfolgte starke Blutung, welche aber bald stand. Glatte Heilung.

v. Hofmann-Wien.

Tuberculous disease of the kidney; its etiology, pathology and surgical treatment. Von D. Newmann. (Lancet 1900, 24. Febr.)

Vom klinischen Standpunkte aus können drei Formen der Nierentuberkulose unterschieden werden: akute Miliartuberkulose, lokale Tuberkulose oder Phthisis der Niere und chronische Tuberkulose oder käsige Nephritis. Eine Infektion erfolgt nur dann, wenn die Bacillen sich an einem Orte festsetzen können, wo sie nicht durch den Blutstrom oder Urin fortgespült werden. Verletzungen an den Nieren, akute, fieberhafte Krankheiten begünstigen ein Ansiedeln der Tuberkelbacillen. N. berichtet über zwei Fälle, bei denen sich längere Zeit nach einem schweren Trauma der Lumbalregion eine Tuberkulose der betreffenden Niere entwickelt hatte. Bei einem dritten Falle war eine akute Tonsillitis vorausgegangen; nach Abscedierung derselben kam es zu einer embolischen Nephritis und im Anschlufs hieran zu einer Tuberkulose der Niere. — Die Infektion der Niere erfolgt in den meisten Fällen durch den Blutstrom. Miliare Nierentuberkulose ist immer kombiniert mit Tuberkulose anderer Organe, besonders der Lungen; sie befällt Kinder häufiger als Erwachsene. Tuberkulöse Emboli verursachen keilförmige Erkrankungsherde, die keine oder nur geringe Neigung zum Fortschreiten auf Becken und Ureter haben. Solche Herde können durchbrechen und zu sehr ausgedehnten Krankheitserscheinungen Anlafs geben. Auch eine

eingekapselte Form der Nierentuberkulose giebt es; diese ist meist einseitig und der chirurgischen Behandlung zugänglich. N. führt zum Schlufs einen Fall an, bei dem die eine Niere zwei umschriebene tuberkulöse Herde enthielt, und bei dem nach Entfernung des Organs Genesung eintrat.

Dreysel-Leipzig.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. Von Pousson-Bordeauz. (La Presse Méd. Nr. 28. 7. April 1900.)

Verf. hält die Indikation zu operativem Eingriff bei nicht gemischten Infektionen durch grofse Schmerzhaftigkeit bezw. Blutung gegeben, bei gemischten Infektionen, den häufigeren Fällen, befürwortet er die extraperitoneale Nephrektomie mit isolierter Gefäfs- und Ureterunterbindung. Er spricht sich gegen die partielle Nephrektomie aus und läfst die Nephrotomie nur dann zu, wenn der Zustand der anderen Niere nicht einwandsfrei ist. Den Ureter in thunlichster Ausdehnung zu resecieren, wird befürwortet. In der Debatte betont Albarran die Vorteile der isolierten Katgutligatur, spricht sich gegen Operation bei tuberkulösen Pyonephrosen aus und hält die Entfernung des Ureters nur dann angezeigt, wenn sie leicht ausführbar sich zeigt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Tuberculose caséeuse des capsules surrénales sans mélanodermie, terminée par la mort subite. Von Achard. (La Presse Méd. Nr. 35. 2. Mai 1900.)

Ein 18jähr. Mädchen litt seit 4 Jahren an grofser Schwäche, Kopfweh, Herzklopfen, Bewufstseinsstörungen, seit 1 Monat an plötzlich aufgetretener Lähmung sämtlicher 4 Extremitäten. Ausstrahlende Schmerzen in den Beinen, Druck in der Magengegend, galliges Erbrechen. Keinerlei hysterische Dauerzeichen. Die Diagnose schwankte zwischen Polyneurit. und cerebellärer Erkrankung. Plötzlicher Tod. Die Obduktion ergab: vollständigen käsigen Zerfall der Nebennieren, kleine verkalkte käsige Herde in den Bronchialdrüsen. Periphere Nerven und Centralorgane (nach der Methode von Nissl untersucht), intakt. Keinerlei Verfärbung, die an „Addison" erinnern konnte.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Suprarenal physiology. Von B. Moore. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Unsere Kenntnisse von der physiologischen Wirkung der Nebenniere stammen aus dreierlei Quellen: Aus der klinischen Beobachtung und pathologischen Anatomie, aus Tierexperimenten (Exstirpation der Drüse), aus Injektionen von Nebennierenextrakt. Die interne Anwendung der Nebenniere bringt keine nennenswerte Wirkung hervor, dagegen ist dieselbe bei intravenöser Injektion äufserst energisch. Ein Bruchteil eines Milligramms bewirkt eine Steigerung des Blutdrucks um das Doppelte bis Dreifache des normalen. Möglicherweise wird diese Steigerung durch eine Einwirkung auf die vasomotorischen Nerven durch Kontraktion der kleinen Blutgefäfse verursacht. Auch die Muskelfasern werden zur Kontraktion angeregt und zwar auch dann, wenn vorher die betreffenden Nerven durchschnitten werden.

Bei Besprechung der Chemie des Nebennierenextraktes betont M., dafs dieser Extrakt durch Säuren nicht beeinflufst wird, und dafs die wirksamen Bestandteile auch in 10% Lösungen von Mineralsäuren erhalten bleiben; durch Alkalien hingegen werden sie sofort zerstört. Wenn Nebennierengewebe mit verdünnter Essigsäure und dann mit Zinc. acet. erhitzt wird, erhält man ein äufserst wirksames Präparat. Ein millionstes Gramm auf 1 Kilogramm Körpergewicht ruft noch deutliche Wirkung hervor, allerdings in umgekehrter Weise wie bei gröfseren Dosen, indem der Blutdruck herabgesetzt wird. — Die Bedeutung der Nebennieren für den Organismus ist noch unklar. Zwei Haupttheorien sind vorhanden. Schäfer nimmt an, dafs von den Drüsen ein Sekret produciert wird, das den Tonus der Muskulatur aufrecht erhält. Die französische Schule huldigt der Ansicht, dafs beim Stoffwechsel Produkte gebildet werden, die den Tonus der Muskulatur herabsetzen und dafs diese Produkte durch das Nebennierensekret neutralisiert werden. Sie betont die Thatsache, dafs das Blut von Tieren, denen die Drüsen exstirpiert sind, toxisch auf andere Tiere einwirkt.

Dreysel-Leipzig.

Suprarenal therapy. Von W. H. Bates. (Med. News 1900, 24. März.)

B. bespricht zunächst die Herstellung und die chemischen und physiologischen Eigenschaften des Nebennierenextraktes, weiter seine Wirkung bei den verschiedenen Krankheiten, und zwar bei: Augen- und Ohrenkrankheiten, Morbus Addisoni, Asthma, Herzkrankheiten. Verf. stellt nachstehende Schlufsfolgerungen auf: 1. Der wässerige Extrakt der Nebenniere ist ein überaus wirksames Adstringens und Haemostaticum. 2. Infolge der Wirkung auf das Herz wird auch bei innerer Anwendung, allerdings in geringerem Mafse, die Kongestion der Schleimhäute, vor allem des Auges, günstig beeinflufst. 3. Auch die Kongestion an anderen Organen wird bei lokaler und interner Anwendung vermindert. 4. Der Nebennierenextrakt ist bei allen Formen der Entzündung an allen Teilen des Körpers von günstiger Wirkung. 5. Er ist ein ausgezeichnetes Herzstimulans. Dreysel-Leipzig.

Preservation of suprarenal solutions. Von L. Howe. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Bei der Herstellung einer haltbaren Nebennierenlösung verfährt man nach H. folgendermafsen: $^1/_2$ gr Nebennierenextrakt wird zu einer Paste verrieben und dann allmählich mit Wasser bis zum Volum von 30 gr versetzt, die Lösung wird für einige Zeit auf 160° F. erhitzt und durch Zusatz von Wasser immer auf dem Volumen von 30 cbcm erhalten. Man fügt dann 1 gr Borsäure hinzu und erhält eine Lösung, die mehrere Wochen haltbar bleibt. Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz Von Stöckner. (Jahrbuch f. Kinderheilk. L. I, Heft 1 u. 2. — Therap. d. Gegenw. 1900, Mai.)

Der Verf. hat auf der Heubnerschen Klinik ausgedehnte Versuche mit Nebennierensubstanz zur Behandlung der Rhachitis angestellt, aus denen hervorgeht, dafs das Mittel einen sichtbar günstigen Einflufs auf die Schweifse,

die Craniotabes, die Verzögerung des Zahndurchbruches, auf das Geben und Stehenlernen, auf die Empfindlichkeit gegen Berührung, Unruhe etc. ausübt, während andere rhachitische Symptome, wie die abnorme Weichheit des Thorax, die Lumbalkyphose, die Weite der Fontanellen, der rhachitische Rosenkranz, die Verdickung der Epiphysen, Glottiskrampf und die Tetanie unbeeinflufst bleiben. Er giebt das Mittel in Form der Supraerenal. Gland Tabloids B. W. & Co. und zwar so viel Centigramm, als das Kind Kilogramm schwer ist; ungünstige Nebenerscheinungen hat er nie wahrgenommen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Suprarenal extract in hay-fever. Von H. B. Douglas. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Lokal angewendet hat die Nebennierensubstanz beim Heufieber sehr guten Erfolg, auch bei internem Gebrauch tritt nach 24—48 Stunden eine merkliche Besserung ein. Bei lang andauernder konstanter lokaler Anwendung kann es zur Atrophie der Nasenschleimhaut kommen. — Asthmaanfälle lassen sich bei rechtzeitiger Anwendung der Nebenniere vermeiden. Neurasthenische und neurotische Asthmatiker, ferner solche mit gichtiger und rheumatischer Diathese werden durch Nebenniere besonders günstig beeinflufst.

Dreysel-Leipzig.

Suprarenal extract for nose and throat. Von H. L. Swain. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Bei Erkrankungen der Nase erweist sich der Nebennierenextrakt als ein ausgezeichnetes Adstringens, das Kongestion und Sekretion vermindert und beim Heufieber ein ideales Medikament darstellt. Eine Intoxikation ist nicht zu befürchten, Gewöhnung tritt nicht ein. Bei Operationen in der Nase leistet der Extrakt als Haemostaticum sehr gute Dienste. Bei allen Formen der Tonsillitis stellt die Nebenniere ein vorzügliches Heilmittel dar, das sofort Linderung verschafft. Auch der akute Glottisödöm, vor allem in den Anfangsstadien, wird günstig beeinflufst.

Dreysel-Leipzig.

Suprarenal extract in asthma. Von S. Cohen. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Asthma ist ätiologisch keine einheitliche Krankheit. Der Nebennierenextrakt ist nicht bei allen Formen der Affektion von Nutzen; er wirkt vor allem bei solchen Kranken, die aufserdem noch an vasomotorischen Störungen, Urticaria, Urticaria factitia, leiden.

Dreysel-Leipzig.

Suprarenal extract in laryngitis. Von H. Curtis. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Nach C. vermindert der Nebennierenextrakt in allen Formen der Laryngitis Kongestion, Schwellung und Schmerzen. Die Anwendung geschieht am besten mittels Sprays. Als vorteilhaft erweist sich auch das Einlegen eines mit dem Medikamente getränkten Wattebausches in den Sinus pyriformus.

Dreysel-Leipzig.

Maladie d'Addison chez un enfant: accidents suraigus simulant une péritonite. Von Netter et Nattan-Larrier. (La Presse Méd. Nr. 35. 2. Mai 1900.)

Ein 13jähr. Kind erkrankt plötzlich unter den Erscheinungen einer akuten Bauchfellentzündung; am 2. Tage leichte Verfärbung der Gewebe, welche an „Addisonsche Erkrankung" erinnern konnte; am 3. Tage exit. let. Die Obduktion ergab alte Tuberkulose der Nebennieren, bedeutende Vergröfserung der Milz, aus ihr sind Reinkultur von Streptokokken zu gewinnen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Hygienische Behandlung der Enuresis nocturna. Von Stumpf. (Lyon. Méd. 1899, Nov.)

Zur Behandlung der Enuresis nocturna empfiehlt St. Schlafen mit tief gelagertem Kopf, so dafs dieser tiefer als das Becken liegt. Es besteht auf diese Weise ein mechanisches Hindernis für das Ausfliefsen des Urins und es findet keine Irritation des Harnröhrensphincters statt. St. hat 12 Fälle auf diese Weise erfolgreich behandelt. Die Dauer der Behandlung beträgt ca. 3 Wochen; nach dieser Zeit kann die gewöhnliche Lage während des Schlafes wieder angenommen werden. Dreysel-Leipzig.

Incontinence of urine; report of a peculiar case. Von E. Ries. (Amer. Gynaecol. and Obst. Journ. 1899, Nov.)

R. führt einen bemerkenswerten Fall von Incontinentia urinae bei einem 38jährigen Manne an. Die Inkontinenz war bedingt durch eine abnorme Weite der Harnröhre, in die ein Finger bis zur halben Länge ohne Schwierigkeit eingeführt werden konnte. Durch eine plastische Operation an der Harnröhre beseitigte R. diesen Zustand. Dreysel-Leipzig.

Note on the operative relief of ectopia vesicae. Von D. E. Mundell. (Annals of Snrgery 1899, Dez.)

M. unterzieht die verschiedenen zur Heilung der Ectopia versicae angegebenen Methoden einer kritischen Besprechung und kommt zu dem Schlusse, dafs keine von diesen den Ansprüchen genüge. Bei seinen Tierversuchen hat er von einem Hunde einen Teil der Blasenwand excidiert, ihn in warme Borsäurelösung gelegt und ihn dann bei einem anderen Hunde mit der oberflächlichen Fascie des Abdomens vernäht; es trat völlige Verwachsung ein. M. meint nun, dafs man dieses Vorgehen auch beim Menschen versuchen solle. Ein Stück Blasenwand vom Schafe müfste mit der Fascie des Abdomens vernäht werden; nach 7—8 Tagen, wenn genügend feste Verwachsung eingetreten wäre, hätte eine plastische Operation stattzufinden und zwar dergestalt, dafs man aus dem die tierische Blase enthaltenden Gewebe einen gestielten Lappen bildete und mit diesem den Defekt an der Blase deckte. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von rechtseitiger Verlagerung der Blase mit Darmobstruktion. Von C. Carr. St. Japo, Cuba (New-York med. journ. 3. Juni 1899.)

Ein 44 jähriger Mann wird von heftiger Ischias, Harnbeschwerden, (Harndrang und Retentio) und hartnäckiger Obstipation befallen. In der rechten Fossa iliaca trat ein ständig wachsender Tumor auf, welcher schliefslich bis zur Nabelhöhe reichte und sehr schmerzhaft war. Die Diagnose lautete auf Darmobstruktion und sollte die Laparatomie ausgeführt werden. Vorher entleerte man die Blase mittelst Katheter; die Schmerzen liefsen nach, die Laparatomie unterblieb, der Katheterismus wurde mit Erfolg wiederholt, durch Medicamente der Darm entleert. Auffallend war die Verlagerung der Blase, die angeboren oder erworben ist. Federer-Teplitz.

Foetal bladder in adult. Von Garrigues. (Amer. Journ. Obst. Dec. 1899. Ref. nach Brit. Med. Journ. April 14. 1900.)

G. fand bei einer 45jähr. Patientin, welcher er ein Fibromyom des Uterus entfernte, die Blase bis zum Nabel hinaufreichend und mit diesem durch einen sehr kurzen Urachus verbunden. Die Peritonalbekleidung zeigt keine Abnormität. Die Blase wurde von der Umgebung isoliert, was ohne Schwierigkeit vor sich ging, an ihrem oberen Ende ligiert, vom Nabel abgetrennt und in das Becken versenkt. Tod am 10. Tage an Nephritis.

v. Hofmann-Wien.

Über die Transplantation des Netzes auf Blasendefekte. Von Prof. Enderlen, Marburg. (Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 55. Bd., 1. u. 2. Heft.)

Die Versuchsanordnung, die Verf. bei seinen Experimenten durchführte, war folgende: Es wurden bei Hunden und Katzen unter den üblichen Vorsichtsmafsregeln die Bauchhöhle eröffnet, die Blase vorgezogen, ungefähr in der Mitte mit Katgut abgebunden, oberhalb der Ligatur ein Teil abgetragen und Netz auf den Stumpf genäht. Es empfiehlt sich, nicht direkt oberhalb der Katgutligatur die Abtragung vorzunehmen. Die Tiere wurden 3—42 Tage nach Netztransplantation getötet. In allen Fällen war das Netz der Blase adhärent. Vielfach, namentlich nach kurzer Versuchsdauer, bestanden Adhäsionen des Netzes mit der Bauchwunde. In der Beobachtung, in welcher der Hund nach dem Eingriff 42 Tage am Leben gelassen wurde, fanden sich bedeutend weniger Adhäsionen vor. Die Gröfse der Blase schwankte selbstverständlich nach dem Grade ihrer Füllung mit Urin. Die Angabe von Cornil und Carnot, dafs sie ihr früheres Volumen besitze, dürfte nicht ganz der Wirklichkeit entsprechen.

Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Es gelingt unter gewissen Vorsichtsmafsregeln (bei Hund und Katze) Blasendefekte mit Netz zu decken.

2. Das Blasenepithel besitzt eine hohe Regenerationsfähigkeit und überwuchert das transplantierte Omentum in kurzer Zeit.

3. Das neugebildete Blasenepithel sendet selten Fortsätze in die Tiefe.

4. Längs der Seidenfäden kann Tiefenwucherung des Epithels eintreten.



5. In dem transplantierten Netz kommt es zu Wucherungsvorgängen später tritt Schrumpfung ein.

6. In der Praxis kann das Verfahren nur in wenigen Fällen zur Ausführung kommen. S. Jacoby-Berlin.

Bilharzia Hematobia. Von E. Walker. (Jour. Amer. Med. Assoc. 1900, 17. Febr.)

Die Kranke W.s, eine 28jährige Frau, litt seit 8 Jahren an Schmerzen in der Blasengegend und an Blasenblutungen. Später trat dann noch eine Ausdehnung des Abdomens und eine Empfindlichkeit desselben auf, und es begann sich aus der Harnröhre eine Flüssigkeit zu entleeren, die ein spez. Gewicht von 1001—1006 hatte, meist keinen Harnstoff enthielt und an Menge bis zu mehreren Litern betrug. Im Sediment dieser Flüssigkeit fanden sich Eier und Embryonen von Häematobium Bilharzii. Zur Beseitigung des Parasiten aus Blut und Gewebe giebt es keinerlei Mittel. Die Irritabilität der Blase bekämpft man mit Borsäureinjektionen. Chirurgische Eingriffe sind nur selten indiziert. Dreysel-Leipzig.

Sur le pouvoir d'absorption de la vessie saine. Von Albert Seelig. (La Presse Med. Nr. 26, 31. März 1900.)

Der Originalartikel ist im vorliegenden Centralblatt 1899, S. 57, veröffentlicht und ist in dem Referat Delbets nur der Name des Verfassers irrtümlicherweise mit „Seeling" wiedergegeben.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die Harnblasenwaschungen und ihre Beziehung zur Absorption. Von Barbiani. (Rif. med. 1899, Nr. 36.)

Verfasser hat Lösungen von zehn verschiedenen Substanzen in die Harnblase injiciert und dabei konstatiert, dafs von allen denselben nach der ersten Ausspülung nur das Jodkalium absorbiert wurde. Wiederholte Ausspülungen führen zu solchen Veränderungen in den Blasenepithelien, dafs diese den Durchgang der eingeführten chemischen Substanzen nicht mehr zu verhindern vermögen. Daher die verschiedenen Ansichten der Autoren über diese Frage. Das gesunde Blasenepithel läfst keine Resorption fremder Substanzen zu.

Federer-Teplitz.

Invagination congénitale de la vessie dans l'uretère droit. Von Dr. Carrel. (Annales des mal. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 3.)

Bei einem 34jährigen Manne war nach einer heftigen Anstrengung eine Schmerzhaftigkeit der rechten Seite entstanden und 24 Stunden später konnte in der rechten Lumbalgegend ein grofser phlegmonöser Abscefs nachgewiesen werden. Gleichzeitig bestand Hämaturie, Erbrechen und schlechtes Allgemeinbefinden. Durch eine Incision wird stinkender, gashaltiger Eiter in grofser Menge entleert.

Die Sektion ergab eine doppelseitige Hydronephrose. Links war dieselbe unbedeutend; rechts jedoch war die Niere in einen dicken eitergefüllten Sack verwandelt, der mit einem umfangreichen perirenalen Abscefs kommunizierte und durch dessen Zerreifsen die phlegmonöse Anschwellung entstanden war.

Der rechte Ureter ist etwa zur Weite einer Dünndarmschlinge dilatiert, seine Wandungen sind verdickt. Nach dem Aufschneiden zeigt sich nahe der Einmündungsstelle in die Blase eine rundliche, weiche, 6—7 cm lange Geschwulst ganz ähnlich einer Darmschlinge. Thatsächlich handelt es sich um eine Invagination der Blasenwand in den Ureter. Die Uretermündung, die übrigens von normaler Weite ist, liegt auf der Seitenfläche des invaginierten Divertikels. Die Blase selbst befindet sich im Zustande hochgradiger Entzündung. König-Wiesbaden.

Pathogénie des hernies de la vessie. Von Dr. Lambert. (Bulletin med. April 1899.)

Für den Entstehungsmodus ist es von principieller Bedeutung, ob es sich um eine primäre oder um eine sekundäre, paraperitoneale Hernie handelt. Bei den ersteren ist Haupterfordernis, dafs die Blase dauernd der Bruchpforte anliegt, was gewöhnlich nur im Füllungszustande vorübergehend der Fall ist; es ist also notwendig, dafs durch irgend eine Erkrankung des kleinen Beckens (bes. Tumoren, Prostatahypertrophie, Verwachsungen etc.) eine dauernde Lageveränderung der Blase bereits vorher besteht. Thatsächlich findet sich auch eine positive Angabe derart in 50% und es liegt die Annahme nahe, dafs öfters eine Untersuchung nach dieser Richtung unterlassen wurde. Die andere Gruppe, der paraperitonealen Blasenbrüche, kommt so zu stande, dafs bei bestehender Verwachsung zwischen der Blasenmuskulatur und dem sie überziehenden Peritoneum die Blase in die Bruchpforte herabgezerrt wird, sobald sich eine Darmhernie entwickelt (cystocèle par glissement).

Noch eine dritte Art kommt vor, wenn nämlich die Blase mit Darmschlingen oder dem Netz verwachsen zugleich mit und durch diese Teile in den Bruch hineingezogen wird. Man könnte diese Form als Hernia intraperitonealis bezeichnen. König-Wiesbaden.

Cystitis. Von R. Guiteras. (New York Med. Assoc. 1899, 18. Dez.)

Die drei Hauptsymptome der Cystitis, Schmerz, vermehrter Urindrang, eitriges Sekret sind vereinigt nicht bei jedem Falle vorhanden. Fehlt eins dieser Symptome, dann sollte die Diagnose noch offen gelassen werden. Eine akute Cystitis entwickelt sich meist in Anschlufs an eine Gonorrhoe und zwar in der 3.—4. Woche. Verf. bespricht die Differentialdiagnose vor allem in Bezug auf Urethritis post., Prostatis, Vesiculitis und Nierenerkrankungen. Bei der Behandlung der akuten Cystitis ist Bettruhe notwendig, daneben sind warme Sitzbäder, heifse Rektumirrigationen, Alkalien und Antiseptica innerlich zu empfehlen. Eine lokale Behandlung hat nach der Methode von Janet zu geschehen. Bei der Therapie der chronischen Cystitis sind Antiseptica und Antispasmotica von geringem Nutzen. Die lokale Behandlung ist das wichtigste; dabei kann ein Einführen von Instrumenten in die Blase ohne Schaden geschehen. Bei ammoniakalischem Urin ist Urotropin empfehlenswert. Sind Komplikationen, Strikturen, Prostatahypertrophie etc. vorhanden, so müssen diese für sich behandelt werden.

Dreysel-Leipzig.

Causes of Cystitis. Von Fuller. (New-York Med. Assoc. 1899, 18. Dez.)

Beim Weibe begünstigt die Kürze der Urethra eine Infektion der Blase. Die normale Harnröhe ist bei beiden Geschlechtern reich an Bakterien; zu einer Autoinfektion kommt es aber nur, wenn pathologische Zustände in der Blase vorhanden sind. Bakterien können die Niere passieren und einige Zeit in der Blase verweilen, ohne daselbst, wenn das Organ gesund ist, eine Cystitis hervorzurufen. Aufser der gewöhnlichen Form der Blasenentzündung giebt es noch eine andere, bei der nicht nur Schleimhaut, sondern auch Muskulatur, Peritoneum und umgebendes Gewebe erkrankt sind. Die Prognose dieser Form ist eine sehr schlechte.

Dreysel-Leipzig.

Bacillus typhosus causing cystitis. Von T. R. Brown. (Med. Record 1900, 10. März.)

B. berichtet über einen interessanten Fall von Cystitis, bei dem die Infektion der Blase mit Typhusbazillen vermittels des Katheters erfolgte. Die Kranke war wegen eines grofsen Uterusmyomes operiert worden; dabei hatte eine Verletzung der Blase stattgefunden, so dafs Katheterisation nötig war. Der Urin war vor der Operation völlig normal gewesen. Am 9. Tage stellte sich plötzlich eine schwere Cystitis ein; im Harn fand sich eine grofse Anzahl Typhusbazillen. Die Kranke hatte vor 35 Jahren Typhus durchgemacht, doch war ein Zusammenhang zwischem diesem und der Cystitis kaum denkbar. Urotropin führte eine rasche Besserung der Blasenentzündung herbei.

Dreysel-Leipzig.

Das Bacterium coli bei der Cystitis der Menschen. Von Bosellini. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1899, Heft V).

Nach Untersuchungen des Verfassers giebt es eine Form von Cystitis, bei der das Bacterium coli allein oder mit Mikroorganismen vergesellschaftet vorkommt und einen eigenen, ziemlich langsamen und prognostisch schweren Verlauf zu nehmen scheint, indem die gewöhnlichen therapeutischen Mafsnahmen keinen dauernden Erfolg bei derselben aufweisen, während Cystitiden mit gewöhnlichen Eiterkokken relativ rasch verlaufen und eine günstige Prognose zeigen.

Federer-Teplitz.

Acute haemorrhagic cystitis. Von Lea. (Brit. Med. Journ. May. 19, 1900.)

L. berichtet in der Marchester Pathol. Soc. über folgenden Fall: An einer 42 jährigen Frau war Herniotomie wegen einer incarcerierten Schenkelhernie vorgenommen worden. Am 7. Tage nach der Operation zeigte sich plötzlich Blut im Urin, welcher zugleich ammoniakalischen Charakter annahm. Die Blutung nahm immer mehr zu und die Patientin starb nach 48 Stunden. Bei der Nekroskopie zeigte die Blase nirgends Ulcerationen oder Pseudomembranen. Mikroskopisch fand sich starke Rundzelleninfiltration der Mucosa, stark dilatierte Gefäfse und ausgedehnte Hämorrhagien in der Blasenwand. Das Epithel war verschwunden. Die übrigen Organe waren normal. Die Operationswunde zeigte sich bereits verheilt.

von Hofmann-Wien.

Sur un microcoque strictement anaérobie, hôte des suppurations urinaires. Von Cottel (d'Evian). (La Presse Méd. Nr. 37. 9. Mai 1900.)

Bei periurethralen Eiterungen, bei Urinabscessen, bei einer Pyonephrose und fast als Reinkultur bei einer Cystitis fand C. nach der Methode von Veillon und Zuber einen ausschliefslich anäroben Diplococcus, den er diplococcus reniformis zu nennen vorschlägt. Derselbe färbt sich mit Anilinfarben, nicht nach Gram und ist von dem Gonococcus nur kulturell, dadurch aber sicher zu unterscheiden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Des troubles urinaires dans les appendicites (Journal des sciences médicales de Lille, 1900). Von Durot. (La Presse Méd. Nr. 33. 25. April 1900.)

Verf. weist darauf hin, dafs bei Blinddarmentzündung die Erscheinungen von Seite der Harnorgane, im besonderen von Seite der Blase, noch nicht die Beachtung gefunden haben, die sie erheischen. Er schildert an eigenen und aus der Litteratur gesammelten Beispielen die funktionellen und die durch Entzündung hervorgerufenen Störungen, die eitrigen Processe und die Steinbildungen in der Blase, welche durch Blinddarmerkrankungen hervorgerufen werden können. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Ulcère simple de la vessie. Von Dr. Castaigne. (Société anat. März 1899.)

Ein 36jähriger Mann, welcher 2 mal an Gelenkrheumatismus gelitten hatte, wird plötzlich von heftigsten Schmerzen in der Lumbalgegend befallen, die so stark sind, dafs der Pat. sich tagelang nicht bewegen kann. Nachdem 2 Tage hindurch überhaupt kein Urin entleert war, stellte sich dann Hämaturie ein, die bis zu dem am 7. Tage eintretenden Tode anhielt. Bei der Sektion fand sich eine Perforation der Blase nahe dem Scheitel. Die in der Bauchhöhle vorhandene blutige Flüssigkeit war völlig steril und hatte weder eine Peritonitis noch eine Hyperämie hervorgerufen. In der Blase lag entsprechend der Perforation an der hinteren oberen Fläche ein trichterförmiges Geschwür, in dessen Grund der Durchbruch erfolgt war. Verf. nimmt an, dafs es sich hier um ein einfaches, nicht infektiöses Geschwür handelt. Diese Behauptung beweist er durch sorgfältige mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen. Alle anderen Körperorgane, auch das Herz, waren gesund. König-Wiesbaden.

Cystitis in women. Von A. Skene. (New York Med. Assoc. 1899, 18. Dez.)

Beim Weibe entwickelt sich nach einer Niederkunft nach Operationen, bei denen der Katheter in Anwendung kam, des öfteren Cystitis. Frauen, die viel stehen müssen, sind für Cystitis empfänglicher als andere. Therapeutisch führen Bettruhe und Irrigationen meist zur Heilung; ist dies jedoch nicht der Fall, entwickeln sich ulcera, dann werden diese Fälle aufserordentlich chronisch. Die Irrigationsbehandlung soll eigentlich mehr eine Instillationsbehandlung sein, da die Blase nicht zu sehr ausgedehnt werden darf; Arg. nitr. 1 : 500 ist hier am Platze. Die Ulcerationen werden durch

eine milde Behandlung nicht beeinflufst, sie müssen vielmehr unter Leitung des Cystoscopes kautherisiert, oder mit Arg. nitr. 1 : 15.0 oder reiner Karbolsäure behandelt werden. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von Vessie à Colonnes mit Divertikelbildung bei einer Frau. Von Bierhoff. (Dermat. Centralblatt III., Nr. 8.)

Eine 56 jährige an Tabes dorsalis leidende Frau klagte seit einigen Jahren über Erschwerung der Miction. Der Urin zeigte bei der Untersuchung alkalische Reaktion und ammoniakalische Gärung. Im Sediment Leukocyten, Phosphatkrystalle, massenhafte Bakterien. Bei der Cystoskopie fand man eine ausgesprochene Balkenblase mit einem haselnufsgrofsen und zwei kleinen Divertikeln. Innere Behandlung und Blasenausspülungen mit Borsäure und Arg. nitr. vermochten nur geringe Besserung herbeizuführen. Fälle dieser Art sind bei Frauen selten, da die häufigsten Ursachen für solche Veränderungen in der Blase beim weiblichen Geschlechte nicht in Betracht kommen.

von Hofmann-Wien.

Influence de l'utérus sur la vessie en déhors des néoplasmes et de l'état puerpéral. Von A. Vergely (Thèse, Paris 1899). (La Presse Méd. Nr. 32. 21. April 1900.)

Bei Frauen mit Blasenstörungen ist immer der Uterus zu untersuchen und sind seine krankhaften Veränderungen zunächst zu behandeln (Auskratzung, Pessarien). Während der Regeln ist das Becken thunlichst zu entlasten, nötigenfalls sogar zu lokalen Blutentziehungen zu greifen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Rupture traumatique de la vessie. Von Dr. Malherbe. (Annales des mal. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 3.)

Ein 28jähriger Mann war, wahrscheinlich in angetrunkenem Zustande, etwa 6 Meter tief herabgestürzt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus klagte er nur darüber, dafs er keinen Urin lassen könne. Die Blasengegend ist geschwollen, weich, nicht druckempfindlich und die Annahme akuter Retention naheliegend. Durch einen Katheter wird klarer Urin entleert. In den nächsten Tagen nimmt die Schwellung zu und Urin kann, wenn auch in geringer Menge, spontan entleert werden; derselbe ist völlig klar. Am 5. Tage nach dem Unfall ist die Schwellung unter dem Nabel schmutzig dunkelbraun gefärbt und der gelassene Urin blutig und eiterhaltig. Durch eine sofort vorgenommene Incision gelangte M. in einen grofsen, urinös jauchigen Abscefs, und fand das ganze kleine Becken phlegmonös infiltriert. Die am nächsten Tage ausgeführte Sektion ergab, dafs die Blase an ihrer vorderen Fläche dicht über dem Hals zerrissen war. Dieser Sitz der Verletzung erklärt die eigentümlichen Symptome, namentlich die Möglichkeit der spontanen Entleerung klaren Urins und den langsamen Verlauf der urinösen Infiltration.

M. erklärt, dafs nach seiner Ansicht die Wahrscheinlichkeit der Heilung bestand, wenn die Operation früher vorgenommen worden wäre. Er hält einen chirurgischen Eingriff für notwendig, wenn 1. ein ernstes Trauma die gefüllte Blase trifft, wenn 2. eine auch nur geringe Verminderung des Urins oder gar völlige Verhaltung statt hat, zumal bei blutigem Urin und

3. sobald sich eine Schwellung im Cavum Retzii bemerkbar macht. M. schlägt auch vor, im letzteren Falle Luft in die Blase zu pumpen und aus dem entstehenden Emphysem die Diagnose zu sichern. (Da es nur schwer gelingen dürfte, völlig aseptische Luft einzublasen, ist das Mittel wohl nur sehr bedingt zu empfehlen. Ref.) König-Wiesbaden.

Injuries of the bladder occuring in the course of gynaecological operations. Von Ward-Cousins. (Brit. Med. Jour. May 19, 1900.)

Anschliefsend an einen Fall von Ovariotomie, bei welchem die Blase beschädigt wurde, geht W. C. näher auf eine Besprechung der Blasenverletzungen bei gynäkologischen Operationen ein. In dem von W. C. beschriebenen Falle trat am 11. Tage nach der sehr schwierigen Operation reichliche Urinentleerung aus dem unteren Winkel der Laparotomiewunde auf, nachdem sich schon 3 Tage vorher Zeichen eines Blasenkatarrhs eingestellt hatten. Vollständige Heilung im Laufe von 2 Monaten. Der Verfasser glaubt, dafs es sich im vorliegenden Falle nicht um eine direkte Verletzung der Blase durch Schnitt etc. handelt, sondern, dafs ein Stück der Blasenwand in eine Ligatur gefafst und so nekrotisch geworden sei.

von Hofmann-Wien.

Über zwei seltene Fälle von Perforation in die Blase. Von Pollitzer. (Wiener klinische Rundschau Nr. 19, 1900.)

Es handelt sich im ersten Falle um einen 12jähr. Pat., welcher vor 7 Jahren an Coxitis dextra erkrankt war. Es wurden damals einige Abscesse gespalten und auch schon Blasenstörungen bemerkt. Der Krankheitsprocefs zog sich durch 3 Jahre hin, um schliefslich auszuheilen. Zehn Tage vor dem jetzigen Spitalseintritt erkrankte der Pat. unter heftigem Fieber und Harnbeschwerden. Der Urin war stark getrübt und enthielt Blut. Zu gleicher Zeit bestand blutig-eitriger Ausflufs aus der Harnröhre. Bei der Untersuchung fand sich eine deutlich fluktuierende, schmerzhafte, gerötete Schwellung in der Raphe perinei. Dieselbe war incidiert und drainiert. Daraufhin fiel das Fieber rasch ab, und das Befinden besserte sich wesentlich. 5 Tage später aber trat wieder Fieber auf und es stellten sich Schmerzen ein, welche von einem neuen Abscesse am Penisschafte herrührten, welcher ebenfalls incidiert und drainiert wurde. Auch diesmal besserte sich der Zustand des Kranken, doch war die Besserung nur von kurzer Dauer und bald stellte sich wieder Fieber ein. Der Pat. kam immer mehr herunter und starb am 15. Tage nach der Spitalsaufnahme unter den Erscheinungen von Pyämie. Bei der Sektion fand sich in der Blase ein circa $3^1/_2$ cm langes, unregelmäfsig geformtes Knochenstück, welches mit seinem vorderen Ende in das Orific. int. urethr. eingekeilt war. Rechts neben dem Trigonum zeigt sich eine bohnengrofse, narbige Stelle. Die Urethra war vom Orif. int. bis zu ihrer Mitte ulcerös unterminiert und kommunicierte mit der periurethralen Höhle, welche durch zwei Öffnungen nach aufsen mündete.

Wenn schon Fälle, wie der oben beschriebene, selten sind, so steht der folgende nach Ansicht des Verfassers nahezu einzig da. Bei einem 8tägigen Kinde trat eine Woche nach der rituellen Cirkumcision Schwellung des

Gliedes, 3 Wochen später auch der Leistendrüsen auf. Im 8. Monate Auftreten des Exanthems. Zwei Monate später rapides Wachstum der Inguinaldrüsen, Punktion derselben und Injektion von Argent. nitric. Vier Monate später entdeckte die Mutter des Knaben, dafs sich aus einer Fistel in der linken Leiste zeitweilig Urin entleerte, während durch die Urethra kein Harn mehr abging. Bald darauf starb das Kind, doch war leider eine Sektion nicht ausführbar. v. Hofmann-Wien.

Perforations vésicales. Von Van Engelen. (Cercle Méd. de Bruxelles 1900, 5. Jan.)

Die Kranke E.s starb eine Stunde nach ihrer Aufnahme ins Hospital unter den Erscheinungen der Septikämie. Bei der Autopsie fand sich das Abdomen mit Urin angefüllt; die Blase war am Fundus, in der Verlängerung der Harnröhre durchrissen; sie enthielt Blut und eine drei Monate alte, intakte Frucht.

D'Haenens hat Blasenruptur während einer einfachen Blasenspülung bei einem Kranken mit chronischer, eitriger Cystitis beobachtet. Der Kranke starb, obwohl er nur wenige Stunden nach dem Unfall operiert worden war. Die Rupturstelle befand sich an der hinteren Wand der Blase und war 2 cm lang. Dreysel-Leipzig.

Vesicorectal anastomosis. Von J. Frank. (Chicago Med. Soc. 1899, 27. Dez.)

F. glaubt Heilung der Blasenektopie und ähnlicher pathologischer Zustände durch eine künstlich hergestellte Verbindung zwischen Rektum und Blase erzielen zu können. Er hat diese Operation an einem Hunde ausgeführt und giebt in vorliegendem Aufsatze eine genaue Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Sektionsbefundes bei diesem Hunde. Danach waren Blase und Rektum vollständig normal, die zwischen beiden bestehende Öffnung war klein. Nieren, sowie alle anderen Organe waren gesund und frei von jeder Infektion. Dreysel-Leipzig.

Fistule iléo-vésicale; opération; guérison. (Annales of surgery 1899, Nr. 73.) Von Henry Marcy. (La Presse Méd. Nr. 24, 24. März 1900.)

Eine 26jährige Patientin erkrankte an akuter Peritonitis; am 14. Tage fühlte sie einen heftigen Schmerz, als wenn ihr im Leibe etwas zerrisse; bald darauf kam aus der Harnröhre eine gelbliche, fast flüssige Masse mit Gas. Seither andauernd Blasenkatarrh, der sich von Zeit zu Zeit steigert. 40 Jahre alt konsultiert die Patientin den Autor: häufiges und schmerzhaftes Urinieren, Spuren von Eiweifs und Gallenpigment im Urin, aufserdem Eiterkörperchen und Reste von Früchten. Uterus klein und beweglich; im linken Parametrium eine kleine auf Druck empfindliche Erhabenheit. Beim Cystoskopieren zeigt sich die Blasenschleimhaut gereizt; am Blasengrund ist eine abnorme Öffnung bemerkbar, durch die eine Sonde in den Darm dringt. Bei der Operation zeigen sich Blase, Uterus, die linksseitigen Adnexe und etwa 10 cm Dünndarm verwachsen; die Trennung gelingt schwer; die linksseitigen Adnexe werden entfernt und zeigen die Tube als offenen Pyosalpinx,

der in den Dünndarm und in die Blase mündet. Die Öffnung des Dünndarms zeigt 5 mm im Durchmesser und ist etwa 12 cm von der Valvul. ileocoecal. entfernt; die Blasenöffnung ist kleiner und zeigt eine kleine Klappe, welche den Austritt von Urin in den Darm verhindert hatte. Nach Anfrischung der Wundränder Naht. Verschlufs des Bauches ohne Drainage; Dauersonde in der Blase, einige Ausspülungen mit Borwasser; der Verlauf ausgezeichnet, nur bestand in geringem Grade Cystitis fort.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Nitzes cystoscopy in the female. Von S. Kolischer. (Chicago Med. Soc. 1900, 14. März.)

K. verfügt über eine 10jährige Erfahrung in der Cystoskopie beim Weibe und hat die verschiedenen Methoden und verschiedenen Instrumente an einer grofsen Zahl von Fällen erprobt. Er ist zu dem Schlusse gekommen, dafs die Nitzesche Methode allen anderen überlegen ist, weil sie sehr genaue Resultate giebt und relativ ungefährlich ist.

Dreysel-Leipzig.

Notice sur la photographie de la vessie. Von Berger. (Annales des malad. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 4.)

Seitdem Nitze seinen grofsen Gedanken, photographische Aufnahmen der Blase beim lebenden Menschen zu machen, durch die geniale Erfindung seines Photographiecystoskopes verwirklicht hatte, sind — so führt Verf. aus — nur auffallend wenig Forscher ihm auf diesem Gebiete gefolgt. Der Grund hierfür liegt in der Umständlichkeit des Nitzeschen Verfahrens, und Zweck dieser Arbeit ist es, einige Modifikationen zu beschreiben, durch welche die endovesikale Photographie leichter ausführbar sein soll. Indem wir das Nitzesche Instrument als bekannt voraussetzen, wird zunächst getadelt, dafs durch das Einschieben und spätere Herausziehen des Beobachtungsoculars leicht eine Verschiebung des Bildes stattfinden könne. Eine Verbesserung war es demnach, als Hirschmann unter Wegfall des seitlichen Linsensystems die Beobachtung des Bildes dadurch ermöglichte, dafs er die Camera rechteckig formte und zunächst eine freie Öffnung in die Tubusachse trat, durch welche beobachtet werden konnte; erst beim weiteren Vorschieben werden dann die empfindlichen Platten eingestellt. Den hierbei bestehenden Fehler, dafs nämlich nur eine einzige Beobachtungsöffnung besteht und somit ein weites Hin- und Herschieben erforderlich wird, beseitigte Verf. dadurch, dafs er gleich Nitze die Camera rund machte und nur jedes 2. Loch mit einer Platte armierte, während die dazwischen liegenden frei blieben. Man kann so durch Drehung um $^1/_8$ jedesmal von einem Beobachtungsloch auf eine empfindliche Platte gelangen usw., so dafs leicht vor jeder Aufnahme durch einfaches Weiterdrehen von neuem eingestellt werden kann.

Auch die Linsen sind verbessert und namentlich die Lämpchen wesentlich verstärkt. Die für gewöhnlich benutzten Lampen werden mit 12 Volt belastet und ermöglichen so eine Aufnahme in 3 Sekunden. Da jedoch die Lämpchen selbst einen Strom von 24 Volt gut ertragen, so benutzt B. die gewöhnliche Spannung zur Beobachtung, die stärkere (24 Volt) zur photo-

graphischen Belichtung, mit welcher es ihm gelingt, Momentaufnahmen selbst sich bewegender Körper zu machen. Durch eine einfache Vorrichtung gelingt es, die Stromstärke in der erwünschten Weise zu ändern. Mit der Möglichkeit, Momentaufnahmen zu machen, fällt die Notwendigkeit der Fixierung des Apparates, welche sonst notwendig und umständlich war, fort. Des weiteren benutzte B. farbenempfindliche Platten oder besser noch Films und zwar solche für rot, da er fand, dafs bei dem hellen Lichte auch die tieferen Teile der Blase diese jedoch in mehr bräunlichem Ton reflektierten. Die hiermit gewonnenen Bilder sollen wesentlich schärfer sein.

Ein Kystoskop mit diesen Änderungen fertigt Hirschmann. Principielle Änderungen des Nitzeschen Verfahrens sind in diesem neuen Instrument keineswegs zu finden, sondern nur eine sachgemäfse und geschickte Anwendung der neueren technischen Hilfsmittel. Allerdings dürfte diese neue Form des Operationscystoskopes, falls die günstigen Resultate des Verfassers sich bestätigen, wohl dazu beitragen, dem Verfahren der endovesikalen Photographie neue Freunde zu erwerben. Koenig-Wiesbaden.

De l'extirpation des corps étrangers de la vessie chez la femme. Von Auvray. (Bullet. et mémoir. de la société anatomique de Paris. Januar 1900.)

A. befürwortet die Entfernung von Fremdkörpern aus der weiblichen Blase auf unblutigem Wege durch die Urethra und weifs sich in diesem Sinne eins mit Guillet (Caën), Mougeot (Chaumont), Pozzi und Guinard, im Gegensatz von Picqué, der die Eröffnung der Blase von der Scheide aus befürwortet. Guinard benützte wiederholt mit Vorteil den einfachsten Knopfhaken, der Autor das Collinsche Häkchen. Er demonstriert eine 6 cm lange Haarnadel, die er mit letztgenanntem Instrument bei einem 23jährigen Frauenzimmer, nach 1tägigem Aufenthalt in der Blase, glücklich entfernte; sehr vorteilhaft erwies sich ihm bei der Vornahme dieses Eingriffes die Zuhilfenahme der Finger der linken Hand von der Scheide aus.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hairpin removed from the bladder through a No 12 Kelly's cystoscope. Von H. N. Vineberg. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 17. März.)

Der Kranken V.s, einer 26jährigen Frau, war bei dem Versuche, ein Pessar zu entfernen, die zu diesem Zwecke benutzte Haarnadel in die Blase geraten. Bald darauf stellten sich Blasenbeschwerden, häufiges und schmerzhaftes Urinieren ein. Von der Vagina aus konnte ein Fremdkörper der Blase nicht gefühlt werden, dagegen gelang es leicht, mittels eines Cystoskopes die Nadel, die einen leichten Überzug von Phosphaten trug, im Fundus der Blase zu entdecken und zu entfernen. Nach einigen Borsäureirrigationen der Blase und Instillationen mit 5 % Arg. nitr. waren alle Beschwerden geschwunden. Dreysel-Leipzig.

The relative merits of operations for the extraction of vesical stone in the male; with observation on the suprapubic and left lateral perineal methods. Von Sch. C. Graves. (Med. Record 1900, 3. März.)

G. ist der Ansicht, dafs sich die Cystotomia suprapubica vor allem für Personen vorgeschritteneren Alters mit vergröfserter oder entzündeter Prostata eignet. Die modificierte laterale Lithotomie kommt besonders bei jüngeren Kranken in Betracht. Dreysel-Leipzig.

A case of suprapubic lithotomy; removal of two vesical calculi; recovery. Von V. Jackson. (Lancet 1900, 6. Jan.)

Bei einem 18jährigen Knaben entfernte J. durch den hohen Steinschnitt zwei Blasensteine, von denen der eine in die Harnröhre hineinragte, der andere in einer Tasche lag. Die Blase ward nach der Operation sogleich vernäht und ein Dauerkatheter eingelegt; es folgte glatte Heilung. J. ist der Ansicht, dafs nicht ein und dieselbe Methode für alle Fälle von Blasensteinen angezeigt ist, sondern dafs sich die Art der Operation nach dem lokalen Befund zu richten hat. Dreysel-Leipzig.

Dauerspülung der Blase nach Cystotomia suprapubica. Von Fort. (Indépendance medicale 1899, pag. 234.)

Verfasser berichtet den Fall eines Mannes mit Blasenstein, bei dem er nach der suprapubischen Cystotomie und Entfernung des taubeneigrofsen Steines eine dauernde Spülung der Blase vornahm. Es ist das der zwölfte Fall, wo Fort nach dem gleichen Schema vorgegangen ist. Nach der Operation wird ein Katheter in der Harnröhre bis zur Blase eingeführt, während durch die Bauchwunde ein zweiter Katheter eine 3 procentige Borlösung zuführt. Der Wundverlauf war sehr günstig, da eine Harninfiltration der Wunde ausgeschlossen ist. Federer-Teplitz.

Cystotomie oder Litholapaxie. Von Assendelft. (Arch. f. klin. Chir., Vol. 60, pg. 669.)

A. berichtet über die Resultate seiner Behandlung der Blasensteine, die sich auf 630 Kranke erstreckt. Nach ihm ist der hohe Steinschnitt die Operation der Wahl bei Kindern über 15 Jahren; die Litholapaxie bei Kindern erfordert eine sehr grofse Gewandtheit. Die Erfolge seiner an Kindern ausgeführten Operationen sind sehr gute: Bei 327 Operationen, die Kranke unter 20 Jahren betreffen, kamen nur 1,8 % Mortalität vor.

Dreysel-Leipzig.

Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose. (Discuss. über den Vortrag des Herrn Casper. Verein f. innere Med. in Berlin Sitz. am 7. Mai 1900.)

Holländer warnt vor der Anwendung von Instrumenten jeder Art bei ausgesprochener Blasentuberkulose oder bei Verdacht auf dieselbe. In der Mehrzahl der Fälle gelingt es, mit den diagnostischen Hilfsmitteln der inneren Medizin eine Diagnose zu stellen. Er berichtet dann im Anschlufs daran über zwei Fälle von ascendierender Blasentuberkulose, wo in dem einen Falle sicher, in dem anderen mit hoher Wahrscheinlichkeit im Anschlufs an

instrumentelle Eingriffe sich das Leiden entwickelt hat. — Bei sehr lebhaften Beschwerden rät er zur Cystotomie und Anlegung einer Dauerdrainage. — Die übrigen Diskussionsredner A. Fränkel, L. und M. Michaelis, sowie Klemperer verbreiten sich über die differentiellen Unterschiede des Tuberkel- und Smegmabazillen; aus ihren Mitteilungen geht hervor, dafs es eine Sicherheit der Erkenntnis z. Z. noch nicht giebt.

Ludwig Manasse-Berlin.

An effective treatment of vesical haemorrhage when caused by papillomatous growths. Von H. T. Harring. (Brit. med. journ. 99, Juli 29.)

Zur Behandlung von Blasenblutungen, die durch Papillome verursacht werden, verwendet Verfasser systematische Blasenspülungen mit Argent. nitric., und zwar beginnt er mit einer Lösung von $^1/_2$ Grain (circa 3 mg) Arg. nitr. auf 4 Unzen (circa 112 g) Wasser. Wenn keine besonderen Schmerzen oder Harndrang auftreten wird die Koncentration im Laufe etlicher Wochen bis auf das 4 fache verstärkt. 6 Monate lang werden die Blasenspülungen täglich angewendet, weitere 6 Monate einen Tag um den andern. Intelligenten Patienten überläfst H. die Spülungen späterhin selbst. Den Erfolg seiner Behandlungsmethode beweist Verfasser durch 12 angeführte Krankengeschichten. — Einfacher und vor allem weniger Zeit in Anspruch nehmend ist es, das Papillom auf operativem Wege (Operationskystoskop) zu entfernen und dadurch die Blutung in kürzerer Zeit zu beseitigen (D. Ref.).

Thümmel-Leipzig.

A case of carcinoma of the rectum; colotomy; death from suppression of urine of 21 days' duration. Von L. A. Dunn. (Lancet 1899, 10. Dez.)

Der Fall betrifft eine 49jährige Frau mit einer durch Karcinom verursachten Striktur des Rektums. Nach der Kolostomie trat vollständige Anurie ein, der die Frau am 21. Tage unterlag. Bei der Autopsie fand sich, dafs die mitaffizierten Lymphdrüsen eine Knickung, Kompression und infolge dessen Undurchgängigkeit beider Ureteren bewirkt hatten.

Dreysel-Leipzig.

The reflex of air into the ureters through the air-distended bladder in the knee-breast posture. Von H. A. Kelly. (Amer. Journ. of Obst. 1899, Okt.)

Bisweilen dringt beim Katheterisieren der Ureteren in der Knie-Ellenbogenlage etwas Luft in die Ureteren bis hinauf zum Nierenbecken und wird später mit dem Urin in Blasen entleert. Der Eintritt von Luft in den Harnleiter kann auch ganz spontan erfolgen und zwar vor allem dann, wenn am Orficium des Ureters eine Entzündung besteht. Irgendwelchen Nachteil hat dieses Eindringen von Luft nach K. nicht. Dreysel-Leipzig.

The management of surgical injuries to the ureters. Von B. Mac Monagle. (Amer. Journ. of Med. Sciences 1899, Dez.)

Die Schlufsfolgerungen des Verf., die sich auf Litteraturstudien und fünf eigene Beobachtungen stützen, lauten: Verletzungen des Ureters bei

Becken-, und Bauchoperationen sind verhältnismäfsig häufig und kommen am öftesten bei der vaginalen Hysterektomie vor. Bei der Behandlung der Ureterovaginalfisteln soll der Urin vor der Operation aseptisch gemacht werden. Man soll zunächst einen Versuch von der Vagina aus machen, schlägt dieser fehl, dann Implantation des Ureters in die Blase. Bei Ureterverletzungen während einer Bauchoperation ist sofortiges Eingreifen erforderlich. Kann eine Implantation des Harnleiters in die Blase nicht erfolgen, dann ist eine solche in den Darm oder anderen Ureter einer Ableitung des Urines nach der äufseren Haut vorzuziehen. Ein Abbinden des Ureters zur Erzielung einer Atrophie der Niere ist nicht zu empfehlen. Nephrektomie sollte nur im äufsersten Notfalle ausgeführt werden.

Dreysel-Leipzig.

De l'abouchement des uretères dans le colon. Von Dr. Duval und Dr. Tesson.

In geeigneten Fällen schlagen die Verff. eine Einnähung der Ureteren in das Kolon vor, wobei sie den natürlichen Verschlufsmechanismus, der durch die schiefe Einmündung in die Blase gebildet wird, nachahmen. Sie glauben hierdurch die Nieren vor aufsteigender Infektion zu schützen und treten sehr warm für die Uretero-Colostomie ein, namentlich bestreiten sie die Gefahr, welche durch Harnresorption vom Darm aus entsteht und behaupten, dafs der Darm keinerlei Entzündung erleide. Der Schlufs der Anal-Sphinkteren ist ein genügender. Nachdem durch mediane Laparotomie in steiler Beckenhochlagerung die Bauchhöhle eröffnet ist, wird das dorsale Peritoneum über dem Ureter durchtrennt und der letztere oberhalb der Kreuzungsstelle mit der Art iliaca freigelegt und durchtrennt. Hierauf bilden Verff. an der vorderen Fläche des möglichst kotfreien Kolons einen hufeisenförmigen Lappen mit oberer Basis von 3 cm Breite und 4 cm Höhe, welcher die Darmwand bis auf die Submucosa enthält. Nun wird in der gleichen Schnittfläche die Schleimhaut durchtrennt und dieser letztere Lappen so nach oben umgeschlagen, dafs die blutigen Flächen aufeinander zu liegen kommen. Auf diesen beiderseitig Schleimhaut tragenden Lappen wird der Harnleiter schräg aufgenäht und dann die Darmwunde durch den darüber geklappten Serosa-Muskularislappen geschlossen.

Beim Menschen ist die Operation noch nicht ausgeführt worden, jedoch erzielten die Verff. bei Hunden recht gute Resultate.

König-Wiesbaden.

De l'abouchement anormal des uretères et de son traitement chirurgical. Von A. Benckiser. (La Presse Méd. Nr. 25, 28. März 1900.) (Aus Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekolog. Vol. XLI Nr. 3.)

Zu den bisher von Schwartz veröffentlichten 22 Fällen fügt B. zwei eigene Beobachtungen hinzu, ferner je einen von Maxon und von Albarran; von diesen 26 Fällen sind 12 operiert und 9 geheilt. B. erörtert die entwicklungsgeschichtliche Entstehung und die Möglichkeit der Entstehung entweder eines doppelten Ureters oder einer abnormen Einmündung in die Vagina, in die Vulva oder den Ureter. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Ureteral calculus. Von H. A. Kelly. (Journ. Am. Med. Assoc. 1900, 3. März.)

Bei der Kranken K.s stellten sich nach Anstrengungen Nierenkoliken ein. Bei der Untersuchung von der Vagina aus war im linken Ureter ein harter, länglicher Körper fühlbar. Ein mit einem Wachsüberzug versehener Nierenkatheter liefs nach der Untersuchung deutliche Kratzer am Wachs wahrnehmen, die nur von einem Steine herrühren konnten. Da der Ureter oberhalb des Steines dilatiert war, so konnte der Stein mit Instrumenten nicht gefafst werden. K. dehnte vorsichtig das Blasenorificum des Harnleiters und verordnete Bettruhe. Nach 12 Stunden ward der Stein ohne Schwierigkeit ausgestofsen. Dreysel-Leipzig.

Calculus in the ureter. Von H. Morris. (Lancet 1899, 16. Dez.)

M. hat eine Anzahl Fälle von Ureterensteinen zusammengestellt, bei denen die Konkremente auf operativem Wege entfernt wurden. Er macht nähere Angaben über die Lage dieser Steine. Da der Ureter bisweilen Steine enthält, wenn die Niere selbst frei von solchen ist, so sollte bei Nephrektomie der Ureter immer genau auf Konkremente untersucht werden. Bei sicherer Diagnose soll man sich nicht lange mit medikamentöser Behandlung aufhalten, sondern sogleich die extraperitoneale Ureterotomie ausführen. Wenn möglich, soll der Stein von der Einkeilungsstelle etwas nach oben gebracht werden, damit die Incision in den Ureter nicht an einer Stelle zu erfolgen braucht, die durch den Stein bereits geschädigt ist. — Von den von M. angeführten Fällen genafsen 83, 12 starben; bei den letal endigenden hatte meist schon mehrere Tage vor der Operation teilweise oder totale Anurie bestanden. Dreysel-Leipzig.

Calculi impacted in the ureters. Von Newman. (Brit. Med. Journ. April 21. 1900.)

Eine sehr eingehende Schilderung der Pathologie und Symptomatologie der Verstopfung der Ureteren durch Steine, sowie der Therapie dieses Leidens. Sehr ausführlich wird die Diagnose besprochen, welche N. als eine oft sehr schwierige bezeichnet, da es mitunter nicht leicht ist zu konstatieren, dafs es sich um Verstopfung des Ureters durch einen Stein handelt, geschweige denn, an welcher Stelle dies stattgefunden hat. Sitzt der Stein sehr nahe an der Blasenmündung des Ureters, so kann unter Umständen das Cystoskop wertvolle Aufschlüsse erteilen. Eine sichere Diagnose ist aber nur durch Sondierung der Ureteren zu stellen. Die Behandlung ist sehr verschieden, je nachdem die zweite Niere funktionstüchtig ist oder nicht. Im ersteren Falle kann man zuwarten und es wenigstens eine Zeit lang mit innerer Medikation versuchen, im letzteren mufs man operativ vorgehen. Die Wahl der Operationsmethode richtet sich nach der Lage des Steines. Tief sitzende Steine kann man von der Blase aus entfernen, höher liegende entfernt man, indem man den Ureter von einem Schnitte, ähnlich dem zur Unterbindung der A. iliac. comm. aufsucht. v. Hofmann-Wien.

4. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Ectopie périnéale du testicule. (La Presse Méd. Nr. 28. 7. April 1900.)

Das von P. Delbet geschriebene Referat behandelt den in diesem Blatte, Jahrgang 1899, von D. M. Weinberger-Wien veröffentlichten Aufsatz über perineale Hodenverlagerung und zwar nur den 2. (Schlufs-)teil.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

La sonde à demeure dans le traitement de l'infection urinaire, des hémorrhagies prostatiques et uréthrales. Von Professor F. Guyon. (La Presse Méd. Nr. 36. 5. Mai 1900.)

An einem alten Blasenkranken, der eine sehr akute Verschlimmerung seines Zustandes bekam und 49 Tage lang mit dem Verweilkatheter behandelt wurde, demonstriert G. unter Vorzeigung von 15 verschiedenen Temperaturtabellen die Wichtigkeit der Anwendung dieses Instrumentes, das so sicher zu Fieberabfall bezw. Blutstillung führt, dafs ein Nichteintreffen dieses Erfolges auf zu frühe Entfernung bezw. unrichtige Lagerung desselben oder auf eine Komplikation (Lungenentzündung, Epididymitis, Ergriffensein der tunic. vagin., der Prostata) mit Bestimmtheit hinweisen. Die genannten Komplikationen sind keine Kontraindikation für Anlegung des Verweilkatheters. Hinsichtlich des richtigen Gebrauchs verweist G. auf seine und Michons Veröffentlichung im XIII. Bande der annal. des malad. des org. génito-urin.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Cure de la tuberculose génitale chez l'homme par l'euphorbo-thérapie. Von Pémières-Toulouse. (La Presse Méd. Nr. 36 5. Mai 1900.)

Verf. glaubt, angeregt durch seine bisherigen Erfolge, die Kastration bei Genitaltuberkulose überwunden zu haben. Er injiciert subkutan in der Höhe des Tumors oder in den abgekapselten Abscefs alle 8—10 Tage 1—3 ccm einer Euphorbie(Wolfsmilch-) emulsion von 0,00025 gr : 1 gr Glycerin. Behandlung ambulant.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

On double castration for tuberculosis of the testis. Von Southam. (Brit. Med. Journ. April 21. 1900.)

S. hat mit doppelseitiger Kastration wegen Tuberkulose beider Hoden gute Erfolge erzielt, ohne dafs jemals psychische Störungen aufgetreten wären; doch ist die Zeit, welche seit den betreffenden Operationen verstrichen ist, noch zu kurz, um ein definitives Urteil abgeben zu können.

v. Hofmann-Wien.

Traitement de la tuberculose epididymo-testiculaire. Von Dr. Mauclaire. (Annales des mal. des org. gén.-urin. 1900, Bd. IV.)

Verfasser hebt hervor, dafs die Hodentuberkulose deswegen meist so spät zur radikalen Behandlung gelange, weil die Patienten die Verstümmlung fürchteten, und deswegen die Vornahme der Kastration zu lange hinausschöben. Er hat nun versucht, durch Unterbindung und Durchschneidung einzelner

Teile oder des gesamten Samenstranges Atrophie des Hodens zu erzeugen. Als die beste Methode erwies sich die Durchschneidung des gesamten Samenstranges mit Ausnahme des Vas deferens und seiner zugehörigen Gefäfse. In allen Fällen trat Atrophie ein und die tuberkulösen Herde schwanden, es blieb nur ein narbiger harter Knoten zurück, der den Patienten psychisch als Hoden genügte. Die Resultate, welche M. erhielt, sind noch nicht genügend lange kontrolliert, um als Dauerfolge angesehen werden zu können; Mitteilungen hierüber behält sich Verf. vor. Im übrigen beschäftigt sich die Arbeit eingehend und kritisch sichtend mit den umfangreichen Versuchen, welche von anderen Autoren und ihm selbst über die Folgen isolierter Unterbindung einzelner Teile des Samenstranges beobachtet wurden.

Koenig-Wiesbaden.

Epithélioma séminifère du testicule. Von Judet et Letène. (La Presse Méd. Nr. 37. 9. Mai 1900.)

Demonstration eines von Quème bei einem 35jähr. Mann entfernten Hodens von der Gröfse eines Truthenneneies. Lokale Erkrankung ohne Drüsenanschwellung bei allgemeinem Wohlbefinden 2 Monate vorher. Nebenhoden frei. Beurteilung als Epitheliom der tubul. seminif. (Pilliet); gegenteilig führt Milian an, dafs 2 von Morestin entfernte Hodengeschwülste, von denselben makroskopischen und mikroskopischen Eigenschaften, wie der erwähnte in den bullet. de la Société 1900 als Lymphadenome beschrieben wurden.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sarcoma of testicle. Von Pfister. (New York Academy of Med. 1900, 12. Febr.)

P. demonstriert einen grofsen Hodentumor, den er vor 6 Wochen bei einem 22jährig. Manne exstirpiert hatte. Es handelte sich um ein Sarkom, das die gegenwärtige Gröfse, 8 Zoll lang, 5 Zoll breit, nach 7monatlichem Wachstum erreicht hatte. Der Kranke befindet sich zur Zeit vollständig wohl, doch ist die Prognose bei derartigen Fällen immer mit Vorsicht zu stellen. Interessant an dem Fall ist noch, dafs der andere, rechte Hoden den Descensus nicht vollendet hat und im Genitalkanal nirgends nachweisbar ist.

Dreysel-Leipzig.

5. Gonorrhoe.

Eine schwere Gefahr ungeeigneter Tripperspritzen. (Münch. Mediz. Wochenschr.)

Aus der Arbeit, welche anonym erschienen ist, geht eigentlich nicht hervor, dafs die zur Verwendung gelangte, mit eichelförmiger Spitze ausgestattete Spritze ungeeignet war, wohl aber, dafs der Pat. nicht injicieren konnte. Demselben war durch eine Phimose das richtige Einsetzen der Spritze in die Urethra erschwert; er spritze deshalb, indem er das verengte Präputium straff gegen die Spritze andrückte, so dafs sich unter dem Drucke der Flüssigkeit der Präputialsack ausweitete. Der Verf. glaubt, dafs durch den Flüssigkeitsstrom aufgewirbeltes Smegma hierbei in die Urethra injiciert

wurde, und hält dieses für die Ursache der schweren Prostatavereiterung mit Durchbruch nach Blase und Rektum, von welcher der Pat. erst nach neun Monaten genas. Wie dem auch sein möge, derartige falsche Anwendungen der Spritze zeigen jedenfalls, wie dringend notwendig es ist, dafs der Arzt den Pat. das Injicieren lehrt. v. Notthofft-München.

Über den Wert des Largins als Mittel gegen die Blennorrhoe. Von Allgeyer. (Ebenda).

Das Largin ist ein leichtes, graubraunes in Wasser lösliches Pulver, das 11,1 % Silber enthält und eine Verbindung dieses Metalles mit Protalbin darstellt. In Lösungen von 1 : 4000 tötet es sicher den Gonokokkus innerhalb zehn Minuten. Die Resultate stimmen mit denen von Pezzoli überein und zeigen, dafs das Largin ein sehr gutes Topicum bei Blennorhoe besonders in der akuten und subakuten Periode darstellt, aber keineswegs noch eine Specificum genannt werden kann. Federer-Teplitz.

La blennorragie maladie générale. Von A. Bayet. (Journ. Méd. de Bruxelles 1900, 29. März.)

Verf. bespricht kurz die verschiedenen Komplikationen der Gonorrhoe, die als Ausdruck einer Allgemeininfektion des Körpers anzusehen sind. Die Arthritis und Endocarditis, Sehnenscheidenentzündung und Periostitis; weiter die nervösen Affektionen bei Gonorrhoe, die bisweilen unter dem Bilde einer akuten oder chronischen Meningo-Myelitis verlaufen, meist aber als Neuralgien auftreten. Polyneuritis gonorrhoica ist sehr selten; sie breitet sich rasch aus, hat aber meist eine günstige Prognose. Bei den Hautaffektionen handelt es sich vorwiegend um reine Erytheme. — Bei den Komplikationen am Bewegungsapparate und am Herzen sind Gonokokken schon mehrfach nachgewiesen worden, bei den nervösen Affektionen ist dies aber noch nicht gelungen. Wahrscheinlich werden diese, ebenso wie auch die Hauterscheinungen, nicht durch die Gonokokken selbst, sondern durch deren Toxine verursacht. Dreysel-Leipzig.

Bericht über einen Fall von Cystitis gonorrhoica. Von Bierhoff. (Dermat. Zeitschrift, VII, Nr. 3.)

Bei einer Frau, welche seit 3½ Jahren an Vaginalausflufs litt, zeigte sich vor drei Tagen Verschlimmerung des Ausflusses und Harnbeschwerden. Bei der Untersuchung fand sich der Urin sauer, stark eiweifshaltig. Im Sediment zahlreiche rote und weifse Blutkörperchen, reichliche Gonokokken, jedoch keine anderen Bakterien. Bei der Cystoskopie zeigte sich die Blasenschleimhaut und zwar besonders in der Nähe des Sphinkters von zahlreichen kleinen hämorrhagischen Pünktchen und Knötchen besät. Nach 7 tägiger Protargolbehandlung vollständige Heilung der Cystitis.

von Hofmann-Wien.

Gonorrheal conjunctivitis. Von Singley. (Pittsburg Academy of. Med. 1900, 22. Jan.)

Beim Baden eines mit gonorrhoischer Vaginitis behafteten Mädchens inficierte sich die Kranke S.'s mit Augenblennorrhoe dadurch, dafs ihr etwas von dem Wasser ins Gesicht spritzte. Dreysel-Leipzig.

De l'emploi du protargol en remplacement du nitrate d'argent comme moyen prophylactique de l'ophthalmie dés nouveau-nés. Von F. Engelmann. (Centralblatt f. Gynäkolog. 1899. La Presse Méd. Nr. 7, 24. Jan. 1900.)

Von verschiedenen Fachmännern (Darier, Braun, Viggo, Esman) wurden schwache Protargollösungen statt Argent. nitr. in Ausübungen des Credéschen Verfahrens zur Installation in die Augen der Neugeborenen angewandt, E. empfiehlt stärkere, 20% Lösungen von Protargol an Stelle der 2% Argent. nitr.-Lösungen Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Gonorrheal rheumatism. Von Ch. Heath. (Lancet 1899 25. Nov.)

Nach H. stellt der gonorrhoische Rheumatismus eine milde Form der Pyämie dar. Die Behandlung mit den meist üblichen Methoden ist eine sehr langwierige und unbefriedigende. Verf. empfiehlt Belladonnaglycerin, direkt auf die affizierten Gelenke gebracht, und Chinin innerlich, 0.3 alle 6 Stunden, ohne Fixation des Gelenkes und ohne Behandlung der Harnröhrengonorrhoe. Nach 2—3 Wochen sind die Kranken im stande, bei völlig frei beweglichem Gelenke mit einer gewöhnlichen, stützenden Bandage zu gehen.

Dreysel-Leipzig.

An unusual complication of subacute gonorrhoea. Von H. Dowd. (Journ. of cut. and. gen.-ur. diseas. 1900, pg. 26.)

Dowds Fall stellt eine typische subakute Gonorrhoe dar. Letzter Coitus 14. Sept. Am 17. Okt. Schwellung im rechten Kniegelenk. Am 20. Okt. Schmerzen in den Flexoren des linken Oberschenkels mit Ausnahme des Sartorius. D. glaubt eine Thecitis annehmen zu müssen, da bei Erkrankung der Muskeln sicherlich Schwellung eingetreten wäre. Es bestand leichtes Fieber circa 14 Tage lang. Verschwinden der Schmerzen circa Mitte Dezember. Barlow-München.

Die gonorrhoische Gelenkentzündung. Von E. Bennicke (Berlin 1899, Verlag A. Hirschwald.)

Im allgemeinen Teil dieser Schrift giebt Verfasser die geschichtliche Entwickelung unserer Kenntnisse über diese Komplikation des Trippers, die allg. Symptomatologie, Therapie, Prognose, Ätiologie und Diagnose; im speziellen Teil bespricht er die blennorrhoischen Entzündungen der Knie-, Hüft-, Hand-, Fufs-, Schulter- und Ellbogengelenke gesondert für sich. Verfasser bemerkt, dafs wir jetzt in der Blennorrhoe eine Krankheit sehen, die eine ausgesprochene Neigung zur Verallgemeinerung zeigt im Sinne der Metastasenbildung. Federer-Teplitz.

Complications de la Blennorragie. Von Desnos. (La Presse Méd. Nr. 14, 17. Febr. 1900.)

In einem Fall von Tripper beobachtete D. das Auftreten mehrfacher Komplikationen in folgender Reihenfolge: Urinverhaltung, Ruptur der Harnröhre, Urininfiltration, multiple Abscesse, Bronchopneumonie, Gehirnhautentzündung hauptsächlich in der Gegend des 3. Ventrikels.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

2236 **Etiology and rational treatment of urethral arthritis and allied affections** Von A. Mackenzie-Forbes. (Journ. of cut. and gen.-ur. diseas. 1900, pg. 15.)

Nach Forbes Ansicht entstehen Gelenkaffektionen bei Harnröhrenerkrankung entweder durch Einwanderungen des Gonococcus oder anderweitiger Urethralbakterien oder aber infolge der Resorption von Toxinen dieser Bakterien. Jedenfalls geht aus dieser Voraussetzung hervor, daſs eine Lokalbehandlung der Harnröhrenerkrankung unbedingt notwendig ist, um erneute Resorption und somit Recidive in den Gelenken zu verhüten. Die Lokalbehandlung der Harnröhre wird leider häufig vernachlässigt, wie aus einer von F. gegebenen Statistik hervorgeht. Anschlieſsend giebt er die Krankengeschichte eines Falles von Tripper mit mehrfachen Gelenkschwellungen, welcher während der ganzen Zeit unter Lokalbehandlung stand mit dem Resultate, daſs die erkrankten Gelenke zu vollkommener Funktionstüchtigkeit gebracht wurden. Es blieb nur eine Schwellung am linken Handgelenke zurück, welche schlieſslich mit Jodbleipflaster behandelt wurde, nachdem schon früher auch die Gelenke einer lokalen Therapie unterzogeu worden waren. Leider schlieſst die Beobachtung, nach welcher der Patient bezüglich seiner Gelenke sich vollkommen wohl befunden haben soll, 7 Tage nach der letzten Applikation des Jodbleipflasters. Barlow-München.

Recidivierende Arthropathie und allgemeine Muskelatrophie. Von Lannois. (Soc. Méd. des Hop. 1899, 21. Juli.)

L. berichtet über einen 40jährigen Mann mit hochgradiger Cachexie und Arthritis deformans an der Mehrzahl der Gelenke. Der Kranke hatte vor 10 Jahren Gonorrhoe mit Beteiligung der Gelenke durchgemacht; bei 3 weiteren Gonorrhoeen, die letzte fiel in den Dez. 1898, waren gleichfalls Gelenkaffektionen vorhanden. Die Ausbreitung der Erkrankung auf eine groſse Anzahl von Gelenken, die Symetrie und die trophischen Störungen der Haut lassen eine Beteiligung des Nervensystems wahrscheinlich erscheinen. L. meint, daſs es sich um eine Einwirkung der Toxine der Gonokokken auf das centrale und periphere Nervensystem handele.

In der Diskussion bemerkt Lancereau, man müsse unterscheiden zwischen der wirklichen monartikulären Arthritis gonorrhoica und der postgonorrhoischen Polyarthritis deformans. Rendu citiert einen Fall, bei dem allgemeine Muskelatrophie ohne multiple Arthropathie einer Gonorrhoe folgte. Dreysel-Leipzig.

The gonorrheal puerperium. Von Ch. G. Cumston. (Amer. Journ. of Obst. 1899, Okt.)

Nach Ansicht C.s ist die Gonorrhoe die wichtigste aller Komplikationen des Puerperiums. Von 100 Frauen, deren Männer früher gonorrhoisch erkrankt waren, bleiben kaum 10 gesund. Nach Saenger sind ein Achtel aller gynäkologischen Affektionen gonorrhoischer Natur. Die sociale Gefahr der weiblichen Gonorrhoe liegt vor allem in der drohenden Sterilität. Ein groſser Procentsatz gonorrhoisch erkrankter Frauen erlangt sicherlich volle

Genesung, aber ebenso sicher ist es, dafs ein anderer Teil zeitlebens krank bleibt. Rotblonde und hellblonde Frauen haben unter einer gonorrhoischen Infektion meist schwerer zu leiden als dunkelhaarige. C. berichtet über fünf Fälle von gonorrhoischem Puerperium. Dreysel-Leipzig.

6. Bücherbesprechungen.

Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. Von A. Poncet et X. Delore-Lyon. (Paris, Massonet Cpgn. 1900.)

Die Bildung einer neuen Harnröhrenöffnung am männlichen Damm ist in dem vom Verf. angegebenen Verfahren und vor allem in seinen Indikationen ein neuer operativer Eingriff, der vielfach Anklang finden wird. Die Benennung leitet Verf. von *οὐρηϑρα στομα* her. Das erste Mal führte Verf. die Operation am 12. Mai 1891 aus. Die Ausführung ist so einfach, dafs man sich nur wundert, dafs dieses Verfahren nicht schon längst populär geworden ist. Sie wird auf das eingehendste geschildert und durch vortrefflich gelungene Abbildungen in ihrem Resultat vors Auge geführt. Die Operation ist gewöhnlich eine Daueroperation, Verf. giebt aber auch das Verfahren für ihre vorübergehende Anwendung an. Die Indikationen werden eingehend im Zusammenhang und an der Hand von sehr belehrenden Krankengeschichten klargelegt. Vor allem sind es Patienten, an denen wiederholt Intra- und Extraurethrotomien und Ureterektomien ohne Dauererfolge ausgeführt worden sind; ferner traumatische Verletzungen mit ausgedehntem Substanzverlust; gewisse Formen multipler Strikturen; bei Kranken, die den Dauerkatheter nicht ertragen und ohne denselben nicht genesen können; wenn die Harnröhrenschleimhaut auf grofse Ausdehnung zerstört ist. Die Prostatahypertrophie ist zum mindesten keine Kontraindikation, kann aber selbstverständlich den hohen Steinschnitt nicht in allen Fällen ersetzen.

Verf. verfügt über 25 Fälle. Die Operation haben alle überlebt, trotz der schwersten Erkrankungsformen, unter denen der Eingriff vorgenommen wurde.

2 Fälle verlor der Verf. 11 bezw. 15 Monate nach der Operation aus dem Auge; bis dahin vortreffliches Befinden; 5 Fälle sind seit der Operation gestorben: a) der Erstoperierte, 65 Jahre alt, kurz nachdem er das Spital verlassen, woran unbekannt; die neue Harnröhrenöffnung funktionierte ganz normal; b) ein 82jähr. Greis, 7 Jahre nach der Operation an Pyelonephrit. calcul.; c) ein 65jähr. Mann an Pneumonie, 5 Jahre nach der Operation. (Dieser hatte 18 Urethrotomien überstanden!) d) ein 58jähr. Bankier 8 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus an Apoplexie; e) ein 41jähr. Patient an Lungentuberkulose 5 Jahre nach der Operation.

Von den übrigen 16 am Leben gebliebenen Operierten haben 8 seit 7 Jahren und darüber, 8 seit mehr als 5 Jahren, 2 weitere seit mehr als 3 Jahren, die 3 jüngst Operierten, seit 19, 10 und 6 Monaten die Operation überlebt.

Ein einziger Operierter (Fall XVII), ein Tabotiker, leidet seit dem 4. Jahre nach der Operation an Inkontinenz.

Sonst ist bei allen die Urinstörung vollständig behoben. Selbstverständlich müssen die Operierten nach Art der Frauen urinieren, wenn nicht, wie bei einem Fall es gelang, der künstliche hypospadiäische Spalt sehr weit nach vorne gelegt werden kann.

Die Genitalsphäre ist überraschend wenig beeinträchtigt. Die potentia coëundi besteht unbehindert, die potentia generandi ist intra cohabitationem natürlich ausgeschlossen.

Wenn man aber bedenkt, in welch qualvollem Zustande die zur Operation Gekommenen, meist bejahrte Patienten, seit Jahren sich befanden, wie viele Monate sie in Krankenhäusern verlebt — der geschilderte operative Eingriff erheischt 2—3 wöchentlichen Krankenhausaufenthalt — so begreift man, dafs trotz der Verlagerung der Harnröhrenmündung keiner der Operierten sein Schicksal beklagte.

Die Ausstattung des Buches ist trefflich gelungen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Vorbeugung der sexuellen Genufssucht. Von einem achtzigjährigen Forscher. (Litterarische Anstalt. August Schulze, Leipzig 1900.)

Der in Wien lebende hochbejahrte Verfasser, E. F., ein Laie, beleuchtet die Folgen der früh erwachenden und später schwer einzudämmenden Sinnlichkeit auf das grellste und empfiehlt als möglichst radikales Vorbeugungsmittel möglichst radikale Cirkumcision der Knaben; als günstigste Zeit schlägt er die 3. Woche nach der Geburt vor.

Die hygienischen Vorteile der Cirkumcision sind zweifellos auch in unserem Klima von grofsem Werte und Verf. hat gewifs nicht Unrecht, wenn er behauptet, dafs selbst Gabildete heutzutage aus dem einen Grunde vor der Cirkumcision Bedenken haben, weil dieselbe aus dem alten Testament übernommen sei. Solch närrische Menschen scheint es nicht nur in Wien zu geben. Der Referent, welcher fern von Wien, an der Westgrenze des deutschen Sprachgebiets, im Laufe der Jahre mehrere hundert radikale Cirkumcisionen vorgenommen hat, kann das Bestehen des vom Verf. mit Bedauern ausgesprochenen Vorurteils nur bestätigen. Einen Trost konnte ich, seitdem ich Mohammedaner in Behandlung gehabt, den Pat. geben, — ich cirkumcidierte sie nach mohammedanischem Ritus — und freut es mich in der vorliegenden Veröffentlichung bestätigt zu finden, dafs der Verf. auch der Ansicht ist, die jetzt übliche Cirkumcision nach mosaischem Ritus sei nicht immer eine radikale Cirkumcision. Die hygienischen Vorteile der rituellen Cirkumcision sind treffend und kurz von Dr. Josef Grünwald-Wien (Verlag von J. Kauffmann in Frankfurt a. M., 1892) geschildert und vom Verf. auf Seite III des Nachtrags aufgezählt. Die Beeinträchtigung des Geschlechtstriebes, welche Verf. durch die Cirkumcision anstrebt, habe ich nicht beobachtet; es ist das erklärlich, da ich meist an Erwachsenen die Operation ausführte und Verf. selbst die Beschneidung türkischer Knaben,

welche im 9. Lebensjahr vorgenommen wird, in seinem Sinne für erfolglos hält. Das Buch ist von einem Laien für Laien geschrieben und schweift weit von einwandfreiem medizinisch-hygienischen Gebiete ab. Zu denken geben die herzlich gut gemeinten Vorschläge des ehrwürdigen Greises jedem. Das Büchlein kostet nur 3 Mk. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Syphilis und venerische Krankheiten in den neu der Kultur erschlossenen Ländern besonders im Afrika. Von Dr. C. Mense-Cassel. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Band IV, 1900. (Erweiterte Bearbeitung eines Berichtes an die internationale Konferenz in Brüssel, Sept. 1899.)

Verf. bringt eigene Beobachtung aus seiner Thätigkeit als Arzt im Dienste des Kongostaates 1885—87 und teils wörtlich, teils referierend die mitgeteilten Erfahrungen anderer in den Tropen beschäftigter Kollegen. Die bemerkenswertesten Punkte sind: M. weist die Möglichkeit autochthoner Entstehung der vener. Erkrankungen in den von europäischer Kultur und asiatischer Halbkultur unberühmten Ländern nicht einfach von der Hand; die häufigsten Ansteckungen sind auf die Araber und schon seit Jahrhunderten auf die die Küsten berührenden Europäer zurückzuführen; ganz ungeklärt bleibt die Thatsache, dafs auch in neuerschlossenen Gebieten Afrikas — entgegen den Erfahrungen, die sonst bei Bevölkerungen gemacht sind, welche zum erstenmal mit Syphilis bekannt wurden — die Syphilis durchaus nicht in schlimmeren Formen auftritt, als jetzt durchschnittlich in Europa. Verf. und die von ihm angeführten Autoren halten an Syphilis erkrankte Europäer im Stadium der Latenz für tropentauglich, wenn Verlauf und Erscheinungen keinen schweren Charakter gezeigt haben.

Nach Dr. Ziemanns (Kamerun) Mitteilungen benennen die Dualla die Syphilis pola njambe, den Schanker pola ejo, den bubo mududu, Tripper missanji.

Dr. Müller (Kongostaat) berichtet, dafs die einheimische Sprache der Bewohner in den Distrikten Bangala und Aruwimi Bezeichnungen für jedes der 3 Stadien der Syphilis, für Gonorrhoe jedoch nur die französische Ausdrucksweise hat.

Im Kongostaate findet Untersuchung der Weiber und Männer und Isolierung der Erkrankten in ausgiebiger Weise, auf Inseln z. B., statt; in Deutsch-Ostafrika ist Untersuchung der Prostituierten mit gutem Erfolg durch Dr. Becker eingeführt. Auch fern von der Küste, wie im Boerenlande, schwere Verseuchung. In dem australischen Inselgebiete hat Schellong bei den Papuas (Neu-Guinea) in $2^1/_2$jähr. Aufenthalt nicht einen Fall von Syphilis oder Tripper beobachtet. Polynesier und Mikronesier stark verseucht; auch das stramme Priesterregiment der Free Church of Tonga, einer der wesleyanischen Mission entsprungenen Sekte, verhindert trotz strenger gesetzlicher Bestrafung des unehelichen Geschlechtsverkehrs nicht die Dezimierung der Bevölkerung durch Syphilis.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Cystoskopische Instrumente u. s. w.

Von

Dr. med. **A. Kollmann,**

Privatdozent an der Universität Leipzig.

In der Sitzung der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig vom 10. Juli d. J. (Autoreferat in der Münchener Med. Wochenschrift) demonstrierte ich mehrere cystoskopische Instrumente u. s. w.,*) deren genauere Beschreibung ich in diesem Centralblatt zu geben versprach. Es handelt sich um folgende Gegenstände:

I. Irrigations- resp. Kathetercystoskop. (Fig. 1.)

Dieses stützt sich im wesentlichen auf das von Güterbock angegebene Prinzip. Der Entwurf desselben datiert schon Jahre zurück; sein Bau wurde vor etwa Jahresfrist begonnen.

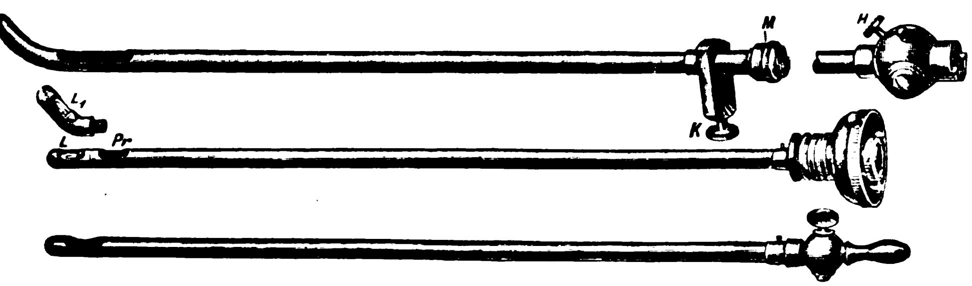


Fig. 1.

Dafs das Güterbocksche Cystoskop den anderen bis dahin gebräuchlichen Spülcystoskopen gegenüber viele und grofse Vorteile besitzt, mufste jedem schon sofort nach der Bekanntgabe desselben

*) Sie stammen sämtlich aus der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig.

klar werden. Was daran verbesserungsbedürftig erschien, war in der Hauptsache nur die Art, wie das Cystoskop resp. der innere Spülkatheter ausgewechselt wurden; ich wenigstens empfand es als mindestens unbequem, dafs keine Vorrichtung vorhanden war, den Aufsenkatheter bei dieser Manipulation mechanisch verschliefsen zu können. Der Wunsch, ein derartiges Instrument mit gedachtem Verschlufs zu besitzen, gab die Anregung zu dem Bau des hier Publizierten. Ich beginne zunächst mit der Beschreibung derjenigen Punkte, in denen es sich von dem Güterbockschen Instrument unterscheidet.

Das zu äufserst liegende katheterartige Metallrohr hat an Stelle der vorderen zwei Öffnungen nur eine einzige grofse Öffnung in gleicher Art wie das von Schlagintweit angegebene Instrument. (Vgl. die diesjährige Märznummer des vorliegenden Centralblattes.)

Das äufsere Rohr besitzt kurz vor seinem distalen Ende einen Verschlufs. Schlagintweit meint bei der Beschreibung seines Instruments, dafs ein solcher nicht nötig sei. Dies ist richtig; trotzdem ist er angebracht worden, weil er die ganze Manipulation entschieden erleichtert, eventuell auch fremde Beihilfe erspart. Wie schon eingangs erwähnt, hatte der Wunsch, einen solchen mechanischen Verschlufs zu besitzen, für mich überhaupt die Veranlassung zu der Konstruktion des hier beschriebenen Instrumentes abgegeben.

Für diesen Verschlufs wählten wir zunächst die Form eines Hahns (*H*, Fig. 1), gaben dieselbe aber später wieder auf und bauten dafür einen Schieber ein. Der Vorzug des letzteren besteht in der Hauptsache darin, dafs er in der Länge etwa nur ein halb mal soviel Raum beansprucht als die erstere Art; bei cystoskopischen Instrumenten kommt es aber aus bekannten Gründen sehr darauf an, an der Länge soviel als möglich zu sparen. Aufserdem läfst sich aber auch ein Schieber weit schneller schliefsen als ein Hahn.

Abgesehen von diesem Schieber befindet sich neuerdings an dem distalen Ende des äufseren Katheters auch noch eine Muffe (*M*, Fig. 1) mit einem im Innern liegenden Duritring. Die letztere Einrichtung vervollständigt erst die Nützlichkeit des oben beschriebenen Verschlusses; der Raum zwischen dem Durit-

ring und dem Verschlufs ist so lang bemessen, dafs bei ruhigem Vorgehen weder bei dem Einführen noch beim Ausführen des Cystoskops resp. des inneren Katheters von dem Blaseninhalt eine Spur abfliefsen kann. Bei dem Herausziehen der gedachten zwei Teile verfährt man am besten so, dafs der Daumen schon vorher auf dem Knopf *K* des Schiebers bereit liegt. Kommt man mit dem centralen Ende des auszuwechselnden Teiles in die Nähe des Verschlusses, so zieht man besonders langsam; im Augenblick, wo das centrale Ende des inneren Teiles den Schieber passiert, fällt dieser durch den Druck des Daumens fast von selbst zu. Rätlich ist es, besonders bei dem Herausziehen des Cystoskops darauf zu achten, dafs Lampe und Prisma nach der dem Hahn resp. dem Schieber entgegengesetzten Seite schauen.

Der Metallkatheter, welcher behufs Spülung in das Aufsenrohr eingeführt wird, hat im Gegensatz zu dem von Güterbock verwendeten, dem gleichen Zweck dienenden Katheter eine einzige, sehr grofse Öffnung. Da diese beim Ein- und Ausführen des zur Spülung montierten Instrumentes die Schleimhaut, wenn auch nur oberflächlich, insultieren könnte, so ist die Einrichtung getroffen, dafs der Metallkatheter um seine Längsachse soweit drehbar ist, bis das Auge vollkommen gedeckt wird; vermittelst eines Anschlages ist dies fühlbar. Hierbei gelangen durchaus glatte Teile in das grofse Auge des Aufsenrohrs und verschliefsen dieses in vollkommener Weise, ohne irgendwo eine Kante oder einen Vorsprung frei zu lassen.

Man könnte diesen inneren Katheter sehr wohl auch fehlen lassen und die Spülung gleich durch die distale Öffnung des äufseren Katheters vornehmen, wie Güterbock für gewisse Fälle rät; dann ist man aber genötigt, zur Deckung dieses grofsen Auges beim Einführen entweder einen Mandrin oder wie Schlagintweit es thut, das Cystoskop zu benutzen. Der Wunsch, erstens das Cystoskop zu schonen, und zweitens soviel als irgend möglich nur auskochbare Gegenstände zu verwenden, veranlafsten mich, den inneren Katheter Güterbocks beizubehalten.

Ein gewöhnlicher Mandrin würde die Sache übrigens auch nicht vereinfachen, und dann hätte man bei Vornahme von Spülungen aufsen an dem Instrument immer noch nicht einen be-

quemen Ansatz für die Spritze und bedürfte also auch noch eines solchen. In den Fällen, wo die Spülung den letzten Akt der Sitzung bilden soll, wäre man obendrein genötigt, diesen Ansatz wieder zu entfernen und dann noch einmal entweder das Cystoskop oder den Mandrin einzuführen, um das Auge des Aufsenrohres bei dem Herausziehen zu decken.

Dem Güterbockschen Instrument gleicht das hier beschriebene in dem geraden Bau des eigentlichen Cystoskops (d. h. Lampe und Optik); es ist in derselben Weise wie der oben beschriebene innere Katheter innerhalb des Aufsenrohrs um seine Längsachse drehbar, und zwar aus dem gleichen Grunde; wenn eine weitere Spülung nicht nötig ist, soll zunächst Prisma und Lampe nach seitlich unten gedreht und erst dann das Instrument aus der Blase entfernt werden.

Der Vorgang bei der Benutzung des Instrumentes ist folgender: In das Aufsenrohr wird der innere Metallkatheter eingesetzt, das Auge zunächst nach seitlich unten gerichtet. Ich führe dann, wie die bereits mehrfach genannten Autoren, das Instrument ein, ohne vorher eine Spülung mit einem elastischen Katheter vorzunehmen; die Spülung erfolgt vielmehr gleich durch das Instrument selbst. Ist das Spülwasser klar, so wird die Blase gefüllt und der innere Katheter in der oben ausführlich beschriebenen Weise herausgezogen.

Nun ergreift man das Cystoskop und schiebt es in das vordere distale Stück des Aufsenrohrs, bis es an den Hahn resp. an den Schieber anstöfst; ist es hier angelangt, so öffnet man mit der anderen Hand und schiebt darauf das Cystoskop ganz hinein. Zuletzt dreht man das Cystoskop soweit um seine Längsachse, bis Prisma und Lampe genau im Auge des Aufsenkatheters liegen, was ebenfalls durch einen Anschlag fühlbar ist. Bei dem Herausziehen des Cystoskops verfährt man in umgekehrter Reihenfolge.

Das soeben beschriebene Instrument hat folgende gute Eigenschaften: Zunächst ist es genau wie das Güterbocksche in seinen wesentlichen Teilen auskochbar (Aufsenrohr und innerer Metallkatheter). Das eigentliche Cystoskop läfst sich zwar nicht auskochen, es liegt aber erstens durch äufsere Teile gedeckt im Inneren, kommt nur wenig mit der Schleimhaut in Berührung

und hat zudem überall glatte Oberflächen, die sich bequem schon rein mechanisch desinfizieren lassen.

Infolge der besonderen Art der Verkittung, mit welcher Prisma und Lampe eingesetzt sind, kann man das Cystoskop übrigens nicht nur fast beliebig lange in Karbol stehen, oder — wenn es vorn mit einem Schlufsdeckel versehen ist — liegen lassen, sondern man kann zur Reinigung selbst Spiritus oder Äther verwenden. Die zum Einsetzen der genannten Teile bisher zumeist verwendete Mennige ist für letzteren Reinigungsprozefs überhaupt nicht geeignet; da immer erst einige Zeit vergeht, bevor sie hart wird, mufste man aber auch bei der Vornahme von anderen Reinigungsverfahren — kurze Zeit nach an der Lampe oder am Prisma ausgeführten Reparaturen — sehr vorsichtig zu Werke gehen.

Dafs durch die Anordnung von Prisma und Lampe in einer geraden Linie gewisse optische Nachteile bedingt werden, gebe ich zu. Schlagintweit bemerkte bei der Demonstration seines Instrumentes sehr richtig, dafs durch die von Nitze eingeführte Verlegung der Cystoskoplampe an die Spitze eines gekrümmten Schnabels besonders günstige Beleuchtungsverhältnisse und besonders schöne Schatten erzielt werden, welche dann fehlen, wenn Lampe und Prisma in einer geraden Linie liegen. Wenn es sich darum handelt, die räumlichen Verhältnisse von Körpern mit einer nur geringen Höhe genauer zu studieren, würde also ein nach diesem erwähnten Prinzip gebautes Instrument bevorzugt werden können. Damit kann aber keinesfalls zugegeben werden, dafs eine Konstruktion wie die Güterbocksche überhaupt verwerflich sei. Was der Unterschied zwischen beiden ist, kann sich auch der dem Gegenstand ferner Stehende in einfachster Weise klar machen. Man schaue sich irgend einen plastischen Gegenstand zunächst an, wenn dieser von derselben Gegend beleuchtet wird, wo sich das Auge des Beschauers befindet, und dann so, dafs die Beleuchtung seitlich vom Beschauer aufgestellt ist. Dafs bei der letzteren Art schönere Schatten entstehen und daher auch deutlichere Raumvorstellungen hervorgerufen werden, ist sicher, doch wird man die grofse Hauptsache auch bei der Beleuchtung von vorn erkennen. Bei den meisten Gegenständen der Cystoskopie kommt es im wesentlichen aber nicht auf minu-

tiöse Verhältnisse an, sondern auf doch immerhin gröbere Befunde, wie z. B. Kongremente, Fremdkörper, Geschwülste u. s. w. Aber auch bei feineren Details habe ich die hier beschriebene Cystoskopform geprüft und mich überzeugt, dafs ich damit alle räumlichen Verhältnisse genau so beurteilen konnte, wie mit einem anderen Cystoskop. Ich habe damit auch Kollegen, die in der Cystoskopie nicht erfahren waren, z. B. die Form und die Insertion eines dünnen Geschwulststieles vollkommen deutlich demonstrieren können, was mir dadurch bewiesen wurde, dafs sie mir unbeeinflufst das richtige Bild aufzeichneten. Erfahrungen dieser Art liefsen mich also zunächst bei der von Güterbock getroffenen Anordnung des Cystoskops bleiben; hätte ich die von Schlagintweit bei seinem Cystoskop benutze Konstruktion verwendet, wobei die Lampe an die Spitze des Aufsenrohres zu liegen kommt, so hätte dadurch die Auskochbarkeit des Instrumentes gelitten.

Das obige Instrument habe ich übrigens auch vielfach da benutzt, wo es galt, die Blase schnell zu spülen und schnell zu füllen, wie vor allem bei gröfseren Blutungen. Es hat mir aber ferner auch bereits als Evakuationskatheter im Nitzeschen Sinne (dieses Centralblatt, Heft 7, 1897) bei der Litholapaxie gut geholfen. Durch ein besonderes kurzes Metallstück (Fig. 2) wird eine sichere Verbindung mit dem Aspirator geschaffen. Die von Nitze in seiner eben citierten Veröffentlichung betonte Annehmlichkeit, sofort nach Ausführung der Litholapaxie sich durch das Instrument selbst überzeugen zu können, ob noch Reste des Steines vorhanden sind, ist eine so grofse, dafs ich fest entschlossen bin, in jedem künftigen Falle dies, oder ein nach gleichem Prinzip gebautes Instrument wieder zu benutzen.

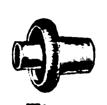


Fig. 2.

Endlich sei noch erwähnt, dafs dem Instrument auch eine im Ende eines gekrümmten kleinen Cystoskopschnabels befestigte Lampe (L_1, Fig. 1) beigegeben ist. Wenn man die Lampe des geraden Cystoskops entfernt und dafür diese andere anschraubt, so besitzt man ein gewöhnliches Nitzesches Cystoskop.

Nach Fertigstellung des obigen Artikels erschien im Juliheft dieses Centralblattes die Publikation von Deutsch über das Langsche Spülcystoskop. Der Verfasser polemisiert darin in

einigen Punkten gegen das Schlagintweitsche Instrument, in denen man ihm nicht Recht geben kann; dies betrifft vor allem das, was er über das Kaliber der beiden Instrumente sagt. Wenn das Langsche Instrument eine an der Konvexität verlaufende Längsrippe zeigt, so mufs diese bei der Schätzung des Kalibers doch natürlich sehr erwogen werden; denn ausschlaggebend für die Schätzung des Kalibers kann doch selbstverständlich nur das Mafs des Umfanges sein.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch noch die schon von Schlagintweit erwähnte Vorrichtung eines Hahnes oder die von mir eingeführte eines Schieberverschlusses der Langschen gegenüber empfehlen.

Auch wir haben eine Einrichtung für automatischen Verschlufs wohl erwogen, und zwar in verschiedenen Ausführungen, z. B. auch eine solche in der Art einer Thür mit zwei Flügeln. Wir haben aber nachträglich den Gedanken an die Konstruktion eines automatischen Verschlusses wieder aufgegeben, weil wir uns sagen mufsten, dafs ein solcher weniger Garantie für längere Zeit andauernde Funktionsfähigkeit zu liefern vermag, als ein anderer willkürlich regierbarer Verschlufs.

2. Ureter-Cystoskop. (Fig. 3.)

Dasselbe beruht auf dem Prinzip der Nebeneinanderlagerung von Cystoskop und Ureterkatheter. Es ist dasjenige Instrument, welches ich zusammen mit H. Wossidlo anfertigen liefs und

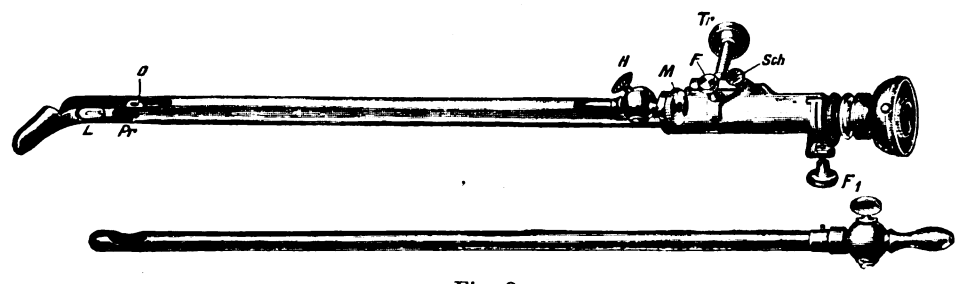


Fig. 3.

auf das bereits in der diesjährigen Märznummer des vorliegenden Centralblattes in einer vorläufigen Mitteilung hingewiesen wurde.

Dieses Uretercystoskop ist so gebaut, dafs, während es liegt,

sowohl die Blase bequem gespült als auch die Lampe und das Prisma von etwaigen Verunreinigungen, wie Blut u. s. w., gesäubert werden kann. Mit Ausnahme des im Innern gelegenen eigentlichen Cystoskops ist das ganze Instrument auskochbar. Für die Desinfektion des Cystoskops gilt das im Vorstehenden bei der Beschreibung des Irrigationscystoskops Gesagte. Das Instrument ist übrigens so eingerichtet, dafs man die im Innern verlaufenden Gänge mechanisch gut säubern und mit Wattetupfern gut trocknen kann. Die ausführliche Beschreibung desselben erfolgt in einem besonderen Artikel der nächsten Nummer dieses Centralblattes.

3. Desinfektionshülsen für Cystoskope jeglicher Art.

Zusammen mit H. Wossidlo habe ich im diesjährigen Märzheft des vorliegenden Centralblattes unter dem Namen „Cystoskope mit Desinfektionshülse“ eine Einrichtung beschrieben, welche auf der Formalindesinfektion fufst. Das Besondere der Einrichtung ist, dafs sie es erlaubt, jedes Instrument sowohl für sich allein zu desinfizieren, als auch in bequemster Weise bis zum Gebrauch sauber und keimfrei aufzubewahren. Die erwähnte Einrichtung bedingt es, dafs an dem Cystoskop ein besonderer Schlufsdeckel angebracht ist, welcher oben in die Desinfektionshülse eingeschraubt wird. Obgleich die Anbringung derartiger Schlufsdeckel durchaus nicht stört, so erschien es doch wünschenswert, aufserdem noch Desinfektionshülsen zu konstruieren, die für jedes Cystoskop passen, auch wenn an diesen ein Schlufsdeckel der genannten Art nicht angebracht ist.

Beistehende Figur 4 zeigt eine solche Desinfektionshülse

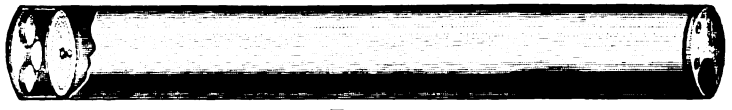


Fig. 4.

neuer Konstruktion. An dem einen Ende befindet sich, eingeschlossen zwischen zwei durchlochten Metallscheiben, eine ebenfalls durchlochte Duritscheibe, durch welche das betreffende Cystoskop eingeführt wird.

Im übrigen ist diese neue Art von Desinfektionshülsen genau so gebaut wie die alte; dies gilt vor allem von dem anderen ab-

schraubbaren Ende, in welchem unter einer siebförmig durchlochten Metallplatte die Formalinpastillen zu liegen kommen. Die beistehende Figur 4 bedarf hiernach keiner weiteren Erläuterung.

4. Etuis zur Aufbewahrung von Cystoskopen.

In der soeben citierten Veröffentlichung von H. Wossidlo und mir im Märzheft vom vorliegenden Centralblatt wurden die gegenwärtig im Gebrauch befindlichen, innen mit Tuch, Sammet u. s. w. ausgekleideten Kästen einer Kritik unterzogen und dafür andere aus Metall oder aus poliertem Holz angefertigte empfohlen. Derartige Etuis sind inzwischen hergestellt worden und bei mir im Gebrauch; ich glaube auch, dafs sie sich ihrer Sauberkeit wegen sehr bald einbürgern würden, wenn nicht etwa ihr relativ hoher Preis hindernd im Wege steht.

Sollten sie sich künftig nicht billiger fabrizieren lassen, und man aus diesem Grunde genötigt sein, bei den alten Etuis zu bleiben, so würde es sich wenigstens empfehlen, die Cystoskope nach geschehener Reinigung in einer Desinfektionshülse unterzubringen und ihnen erst dann einen Platz in den Etuis anzuweisen.

Wie sich die von Deutsch-Lang beschriebenen, innen mit Hartgummi ausgekleideten Etuis für derartige Instrumentarien eignen, vermag ich nicht zu beurteilen; ich habe sie bisher noch nicht gesehen.

Figuren-Erklärung.

Figur 1. In der Nähe des centralen Endes vom äufseren Katheter sieht man das Auge desselben; dies ist so grofs bemessen, dafs es von der Lampe *(L)* und dem Prisma *(Pr)* des Cystoskops gerade ausgefüllt wird. In der Nähe des distalen Endes vom äufseren Katheter sieht man den Knopf des Schiebers *K*; der Schieber ist als geschlossen gedacht. Am distalen Ende befindet sich die Muffe *(M)* mit dem im Innern liegenden zur Dichtung dienenden Duritring.

Die daneben befindliche Zeichnung verdeutlicht den neuerdings von uns wieder aufgegebenen Hahnverschlufs (*H*) und zwar ohne Muffe.

Die Abbildung des inneren Spülkatheters bedarf keiner weiteren Erläuterung; selbstverständlich wird sein peripheres Ende bei der Spülung mit einem kurzen Stück Gummirohr versehen.

In der Nähe des distalen Endes sieht man sowohl beim Cystoskop als auch beim inneren Spülkatheter je einen kleinen Stift; er dient als Anschlag

zur richtigen Einstellung und legt sich an das eine oder das andere Ende des Ausschnittes an, welcher sowohl an dem distalen Ende des Hahnes (*H*), als auch an dem Katheter mit Schieberverschlufs bei der Muffe (*M*) deutlich gemacht ist.

L_1 ist die im Text erwähnte Lampe mit gebogener Fassung.

Figur 2. Diese zeigt das kurze Metallrohr, welches dazu dient, bei der Litholapaxie die Verbindung zwischen dem Aufsenkatheter und dem Aspirator herzustellen.

Bezüglich der Figuren 3 und 4 siehe den Text.

Striktur der Harnröhre infolge eines Sequesters; Diagnose und Entfernung durch das Urethroskop.

Von

J. Verhoogen (Brüssel).

(Ins Deutsche übertragen von Dr. Dreysel-Leipzig.)

Sequester der Harnröhre sind sehr selten. Grosglik[1]) hat die in der Litteratur bekannten Fälle zusammengestellt. Es scheint mir nicht uninteressant, über eine hierher gehörige Beobachtung zu berichten.

Chr. Br., 33 Jahre, Kassierer, stellte sich am 28. Mai 1892 in der Klinik vor. Er klagte über Harndrang, erschwertes Urinieren, das nur unter starker Anstrengung möglich war, und über darauffolgende Schmerzen in der gesamten Harnröhre, die nur ganz allmählich schwanden. Die Affektion hatte vor 15 Jahren mit den eben geschilderten Symptomen begonnen. Damals waren aufserdem noch Blutungen aus der Harnröhre vorhanden. Der Kranke vermochte jedoch nicht anzugeben, ob diese Hämorrhagien den Urinakt begleiteten, oder unabhängig von ihm auftraten. Eine Blutung aus der Harnröhre hat sich seitdem nie wieder gezeigt, doch ist Harndrang noch mehrfach vorhanden gewesen, war aber immer bald, ohne eigentliche medikamentöse Behandlung bei Ruhe und gröfserer Flüssigkeitszufuhr. wieder geschwunden.

Der Kranke erklärte, nie Eitersekretion aus der Harnröhre gehabt zu haben. Der Urin war klar, ohne Eiter und Blut.

Beim Einführen einer Sonde à boule gelangte man ohne Schwierigkeit bis zum Bulbus; hier jedoch fand die Sonde absoluten Widerstand. Bei der urethroskopischen Untersuchung erwies sich der vordere Teil der Harnröhre als vollständig normal. Am Bulbus verfing sich das Endoskop in der Schleimhaut, die hier wie mit sich selbst verwachsen erschien und sogleich heftig zu bluten begann. Auch mit einem filiformen Bougie gelang es nicht, die Stelle zu passieren.

---

[1]) Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane, Bd. VIII, H. 12, S. 641.

Am folgenden Tage glückte es nach einigen Versuchen, ein filiformes Bougie einzuführen. Beim Vor- und Rückwärtsbewegen des Instrumentes hatte man deutlich das Gefühl der Reibung, als ob die Sonde an einem Steine vorbeiglitte.

Die Erweiterung der Striktur liefs sich nunmehr rasch bewerkstelligen. Am 7. Juni führte ich eine Steinsonde Nr. 16 Ch. ein, doch fehlte das charakteristische durch Reibung an einem Steine verursachte Gefühl. Die endoskopische Untersuchung gab der Blutung wegen keinerlei Aufschlufs.

Am 15. Juni war die Hämorrhagie geringer; ich konnte mittels des Urethroskopes an der unteren Wand der Harnröhre einen gelblich gefärbten, nur wenig über das Niveau hervorragenden Körper entdecken, den ich so gleich mit der Polypenzange fafste. Es bedurfte einer ziemlichen Anstrengung, um den Fremdkörper von seiner Verbindung mit der Schleimhaut zu lösen; es handelte sich um einen kleinen, abgeplatteten Knochensplitter.

Nach der Operation trat eine Blutung ein, die jedoch bald stand. Der Kranke konnte nunmehr ohne Schwierigkeit uriniereu und kehrte nach Hause zurück. Er hat sich nicht wieder vorgestellt. Ich habe jedoch kürzlich erfahren können, dafs er nie mehr irgend welche Beschwerden gehabt hat, sich wohl befand und darum eine nochmalige Vorstellung für überflüssig hielt.

Der Knochensplitter stellte eine kleine Platte dar, die ungefähr die Gestalt eines rechtwinkligen Dreieckes hatte, 1 cm lang, 7 mm breit und 3 mm dick war. Die eine der Oberflächen war rauh und zeigte die kleinen Vertiefungen und Kanäle der spongiösen Knochensubstanz; die andere dagegen war vollständig glatt, nach beiden Richtungen leicht konkav, mit allen Eigenschaften der Begrenxungsfläche einer Gelenkhöhle (Pfanne des Hüftgelenkes?).

Interessant ist die Frage über die Herkunft des Sequesters. Der Kranke hatte am linken Oberschenkel, innen und vorn, zwei Narben, die von alten Fistelgängen herrührten. Er erzählte, dort während der Kindheit einige Abscesse gehabt zu haben, die ihn eine Zeit lang am Gehen gehindert hätten. Es hatte sich zweifellos um eine Osteomyelitis oder um eine tuberkulöse Knochenkaries gehandelt, von der nur die beiden Hautnarben übrig geblieben sind. Das Hüftgelenk war vollständig freibeweglich, nirgends eine Knochendeformität, oder eine Indikation der Weichteile, die auf den Sitz der früheren Herde hindeutete, zu konstatieren.

Die Beschaffenheit der einen Seite des Sequesters legt den Gedanken nahe, dafs es sich um ein kleines Fragment vom Hüft-

gelenke handeln könnte. Es fragt sich nur, wie gelangte der Knochensplitter in die Harnröhre.

Fremdkörper der Urethra erwecken immer den Verdacht auf masturbatorische Manipulationen. Bei unserem Falle scheint ein derartiger Verdacht jedoch kaum gerechtfertigt zu sein. Der Sequester hatte weder die längliche Form, noch die Gröfse, noch auch die Schwere der Körper, die zu obigem Zwecke meist gebraucht werden. Aufserdem wäre es bei einer solchen Annahme kaum zu erklären, wie der Fremdkörper bis nahe an den Anfangsteil der Pars membranacea gelangt sein sollte und wie er so tief in das Gewebe hätte eindringen können, dafs eben nur noch die Spitze über die Oberfläche der Schleimhaut hinausragte.

Wenn der Splitter von dem Erkrankungsherde stammte, dessen Narben noch am linken Oberschenkel sichtbar waren, so konnte er entweder zuerst in die Blase und von hier aus in die Harnröhre gelangt sein, um sich dort festzusetzen, oder aber er konnte direkt in die Harnröhre eingedrungen sein; das hätte vor 15 Jahren erfolgt sein müssen, als sich bei dem Kranken die ersten Beschwerden einstellten. Die letztere Hypothese scheint mir die wahrscheinlichere zu sein, da sie die einfachere, und da der Weg, den der Knochensplitter dabei zurücklegen mufste, der direkteste und kürzeste ist. Beweisen kann ich eine solche Hypothese freilich nicht, denn irgend eine Spur dieses langen Weges durch die Gewebe hindurch bis zum Perineum und zur Harnröhre war nicht mehr vorhanden. Jedenfalls hatte der Fremdkörper 15 Jahre in der Harnröhre verweilt, ohne ernstere Störungen zu verursachen.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Über Entstehung und Ausscheidung der Oxalsäure. Von Salkowski. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 20.)

Die Oxalsäure des Harns wird sowohl im Körper gebildet, als auch stammt sie von eingeführten oxalsauren Salzen. Ersteres ist dadurch bewiesen, daſs im Hungerzustande oder nach Verfütterung oxalsäurefreier Nahrung — als solche galten bisher die Animalien und von Vegetabilien die Amylaceen, Brot — im Harn Oxalsäure gefunden wurde. Die Oxalsäure kann sowohl aus Eiweiſs, wie aus Fett und Kohlehydraten entstehen. Durch Fütterungsversuche am Hunde ist nun festgestellt, daſs eine hauptsächliche Quelle wohl das Muskelfleisch darstellt, doch scheint in demselben nicht das Eiweiſs den Hauptfaktor zu bilden, wie Fütterungsversuche mit solchem dargethan haben, bei denen trotz erheblicher Aufnahme keine vermehrte Oxalsäureausscheidung gefunden wurde. Daſs ferner Oxalsäure aus Harnsäure entstehen kann, geht schon aus den Versuchen von Wöhler und Frerichs, sowie anderer hervor. — Was den Ort der Entstehung anbetrifft, so wird von manchen Autoren dafür die Leber angenommen, da zahlreiche Versuche gezeigt, daſs wenigstens die Hundeleber Harnsäure zu oxydieren vermag. S hält die Leber nicht für den Entstehungsort der Oxalsäure, obwohl er aus der Kalbs-, Rinder- und Hundeleber Oxalsäure darstellen konnte; auch im Fleischextrakt gelang ihm der Nachweis solcher stets mit Leichtigkeit. S. hält für erwiesen, daſs die Oxalsäure aus den Nukleïnen bezw. Nukleoalbuminen stammt, daſs ihre Quantität im Harn ebenso wie die der Harnsäure von individuellen Verhältnissen abhängt. Daraus würde sich ergeben, daſs Personen mit Neigung zur Oxalsäurebildung ebenso wie Arthritiker nukleïnreiche Nahrungsmittel vermeiden müssen, da es nach S. auch eine alimentäre Oxalurie giebt; selbst kleine Dosen von oxalsaurem Kalk ebenso wie oxalsäurereiche Nahrungsmittel, wie Spinat, bewirken in diesen Fällen starke Oxalsäureausscheidung im Harn, wobei zu bemerken ist, daſs in manchen animalischen Nahrungsmitteln, wie Fleisch, Leber, die früher für oxalsäurefrei galten, Oxalsäure nachgewiesen ist. Paul Cohn-Berlin.

Nachweis der β-Oxybuttersäure im Harn. Von L. Michaelis. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 23.)

Das Prinzip der neuen Methode ist, das Aceton und die Acetessigsäure aus dem Harn abzudestillieren, die zurückgebliebene β-Oxybuttersäure zu

Acetessigsäure zu oxydieren und diese im Destillat als Aceton nachzuweisen. Es werden 100—200 ccm Harn so weit abdestilliert, bis sich im Destillat durch die Liebensche Reaktion kein Aceton mehr nachweisen läfst. Der Rest wird ev. weiter bis auf ein Volumen von 15 ccm abdestilliert, nach dem Erkalten mit 10 ccm konzentrierter Schwefelsäure versetzt und nun nochmals destilliert. Der erste Teil des Destillats wird auf Aceton geprüft, und zwar mittelst der Denigèsschen Reaktion von Quecksilberoxydsulfat gegen Aceton in der Hitze. Mittelst dieser Probe erhielt M. folgende Resultate: Normaler Harn ergab bei Verarbeitung von 100, 150 und 200 ccm keine β-Oxybuttersäure. Bei einem Fall von Inanitionsacetonurie mit reichlicher Acetessigsäure im Harn fand sich mit jeder Probe β-Oxybuttersäure. Bei zwei Phthisen, einem Magenkarcinom, einem Diabetes und einer Magendarmaffektion, bei denen nach den bisherigen Methoden keine β-Oxybuttersäure nachgewiesen werden konnte, ergab sich nach des Verf. Methode ein positives Resultat. Paul Cohn-Berlin.

Cystinuria and its relation to diaminuria. Von Ch. E. Simon. (Amer. Journ. of the Med. Sciences 1900, Jan.)

Cystinurie ist die Folge eines fehlerhaften Stoffwechsels und entsteht bei mangelhafter Oxidation von Eiweifssubstanzen, wobei die Leber wahrscheinlich eine grofse Rolle spielt. Cystinurie ist oft mit Diaminurie kompliziert; sie ist eine Familienkrankheit und steht in dieser Beziehung auf gleicher Stufe mit Diabetes, Gicht, Rheumatismus etc. S. stellt in einer Tabelle sämtliche 103 Fälle von Cystinurie, die bisher veröffentlicht sind, zusammen und fügt vier eigene Beobachtungen hinzu.

Dreysel-Leipzig.

Über die diagnostische und prognostische Bedeutung der Diazoreaktion bei Phthisikern. Von M. Michaelis. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 8.)

Die Diazoreaktion findet sich nie im Harn gesunder Menschen; sie ist auch unabhängig vom Fieber. Nach dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Reaktion kann man die gesamten Krankheiten in 4 Gruppen einteilen: Bei der 1. Gruppe kommt die Reaktion so gut wie nie vor, es sind das jene Organerkrankungen, die mit akuter oder chronischer Infektion nichts zu thun haben. Bei einer 2. Gruppe ist die Reaktion gewöhnlich vorhanden, in diese gehören vor allem Typhus und Scharlach. Zur 3. Gruppe gehören Diphtherie, Pneumonie, hier kommt die Reaktion nur bei schweren Fällen zur Beobachtung. Die 4. Gruppe bilden die tuberkulösen Prozesse. Bei diesen hat die Diazoreaktion die gröfste Bedeutung, sowohl in diagnostischer als in prognostischer Beziehung. Phthisiker mit ausgesprochener Reaktion geben eine absolut schlechte Prognose. Leichtere Fälle geben so gut wie nie die Reaktion; letztere fehlt auch oft bei Kranken mit Cavernen; es sind das solche Fälle, die zu einem stabilen Verlauf neigen. Von 111 Phthisikern mit zeitweiser oder dauernd positiver Reaktion starben 80; Kranke mit ausgesprochener Diazoreaktion sind daher für die Lungenheilstätten ungeeignet. Bei Ausführung der Reaktion ist gröfste Exaktheit nötig.

Dreysel-Leipzig.

Über das Verhalten des Blasenepithels gegenüber Harnstoff. Von H. J. Hamburger. (Arch. f. Anatomie u. Physiologie, physiol. Abth. 1900, S. 9.)

Der durch seine osmotischen Untersuchungen rühmlichst bekannte Verfasser untersucht das Volum von abgeschabtem Blasenepithel teils in reinen Harnstofflösungen, die mit 0,7—1,5 % NaCC-lösungen isotonisch sind, teils in NaCC-lösungen, in welchen Harnstoff in verschiedenen Prozentverhältnissen aufgelöst ist, teils in Urinen von verschiedenem osmotischen Drucke mit dem Resultate, dafs isoliertes Blasenepithel für Harnstoff, in welcher Lösung sich dieser auch befindet, leicht permeabel ist. Wenn dennoch Blasenepithel in situ für Ur. nicht oder wenig permeabel ist, so liegt das daran, dafs die Zellen hier allseitig von einer hyalinen, stark lichtbrechenden Substanz umgeben sind, die eine Resorption verhindert. Bei den Versuchen H.s mit isolierten Epithelzellen war diese Substanz zerstört worden. Da die Epithelzellen in der Blasenschleimhaut eine mehrfache Schicht bilden, so bleibt, auch wenn Zellen abgestofsen werden, doch durch die Mehrschichtigkeit die Undurchlässigkeit der Mucosa für Harnstoff in hohem Mafse gesichert.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. Höhe.

Ein einfaches Verfahren zur Bestimmung der Harnsäure auf Grund der Fällung als Ammonurat. Von E. Wörner. (Zeitschrift f. physiol. Chemie, Bd. XXIX, pg. 70.)

Das Verfahren W.s besteht in folgendem: Die Harnsäure wird mit Salmiak als Ammonurat ausgefällt. Der Ammonuratniederschlag wird mit Ammonsulfat-Chlor ausgewaschen und mit Natronlauge erwärmt, bis aller Ammoniak ausgetrieben ist. Der Stickstoff wird dann nach Kjeldahl bestimmt.

Dreysel-Leipzig.

1) Entstehen und Wesen der „Vogelgicht“ und ihre Beziehungen zur Arthritis urica des Menschen. Von H. Kionka. (Archiv f. experiment. Pathol. 44. Bd. 1900, S. 186.)

2) Einflufs des Kalkes auf das physiologische Verhalten gichtkranker Hühner. Von H. Kionka. (ibidem S. 207.)

1. Durch ausschliefsliche Fütterung mit 150 gr Fleisch pro die wurde an Hühnern eine typische „Vogelgicht“ erzeugt, welcher dieselben innerhalb 6—10 Monaten unter Gewichtsabnahme erlagen. Makroskopisch und mikroskopisch wurden dieselben Veränderungen erzielt wie von Ebstein und anderen durch Unterbindung der Ureteren, Injektion chromsaurer Salze etc. Sorgfältig ausgeführte Stoffwechseluntersuchungen ergaben eine Zunahme sämtlicher Ausscheidungen um 600 %, insbesondere eine ganz enorm vermehrte Harnsäureproduktion. Die „Vogelgicht“ ist ein der Arthritis urica hominis analoger Prozefs und durch dieselben Ursachen, nämlich wenige aber sehr reichliche vorwiegende Fleischnahrung, mangelhafte Zerstörung der überproduzierten Harnsäure etc. bedingt.

2. Fünf Hühner, die ausschliefslich mit Fleisch gefüttert worden waren, erhielten aufserdem noch Kalk in Form von 10 gr gepulverter Eierschalen Sofort wurden die vorher sauren Exkremente alkalisch. Bei drei fand man

bei der Sektion stecknadel- bis hanfkorngroſse Ablagerungen von krystallinischem phosphorsauren Kalk in Sehnen, Muskeln etc. der erste Nachweis von phosphorsauren Ca-Konkrementen in diesen Geweben. Nach Aufnahme von Ca findet man bei unverminderter Gesamt-N-Ausscheidung eine starke Verminderung der Harnsäureausscheidung, die darauf zurückzuführen ist, daſs ein groſser Teil des Fleisches unverdaut abgeht, während ohne Zusatz von Kalk zur Nahrung fast alles Fleisch verdaut wird. Es erschwert also anscheinend das aufgenommene Ca die Verdauung des Fleisches. In neuerer Zeit hat v. Noorden Kalk zur Behandlung der harnsauren Diathese beim Menschen empfohlen, weil von ihm und seinen Schülern nach Darreichung von Kalk eine Verminderung der Harnsäurebildung konstatiert wurde. K. weist darauf hin, daſs bei diesen Untersuchungen eine entsprechende Zunahme von N im Kot stattfand, daſs also ähnlich wie bei Hühnern nach Kalkgenuſs wahrscheinlich weniger Fleisch verdaut wird und daher im Urin weniger Harnsäure nachweisbar ist.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Ein Beitrag zum Studium der Nukleoalbuminurie. Von E. A. Eveno. (Gaz. Heb. de Méd. et de Chir. 1900, 11. Jan.)

Eine Nukleoalbuminurie entsteht nach E. immer durch Zerstörung von Zellkernen bei Läsionen des Nierenepithels oder bei Irritation der Harn- und Sexualorgane. In seltenen Fällen ist die Nukleoalbuminurie hämatogenen Ursprunges. Verf. bespricht die verschiedenen, zum Nachweis des Nukleoalbumins dienenden Methoden und betont, daſs man sich vor allem vor einer Verwechselung mit Mucin, das in geringer Menge auch im normalen Harn vorkommt, hüten müsse.

Dreysel-Leipzig.

Pathogénie de l'albuminurie cyclique. Von Garnier. (Rudolph. Centralblatt f. inn. Medizin 1900.) (La Presse Méd. Nr. 51. 27. Juni 1900.)

Stirling, der diese Erscheinung zuerst beschrieben, erklärt sich dieselbe dadurch, daſs die Blutgefäſse der Nieren dem erhöhten Blutdruck des Körpers bei aufrechter Stellung nicht gewachsen sind. Teissier beurteilt diese, die Pavysche Erkrankung, als Gichterscheinung mit hereditärem Charakter, van Noorden spricht sich für eine Ernährungsstörung und Blutalteration, als eine minimale Art anfallsweise auftretender Hämoglobinurie aus, findet aber dabei wenig Zustimmung und ist ihm speziell von Unverricht widersprochen worden. Oswald neigt sich zur Annahme, daſs eine Nephritis mit im Spiele ist, der Autor beurteilt sie als Stauungserscheinung und erwähnt als Begleitsymptome leichtes Gedunsensein der Augenlider, anämisches Aussehen, Neigung zu Schwindel und Ohnmacht, Kopfweh, Müdigkeit. Prognose nach seiner Auffassung gut, selbst ohne Bettlage und besondere Lebensweise.

Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Albuminuria; its prognostic value. Von C. A. Tuttle. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 31. März.)

Nach T. hat die Albuminurie nur eine sehr geringe diagnostische und prognostische Bedeutung. Man findet einmal Fälle von Brightscher Krank-



heit, bei denen Eiweiſs und Cylinder nicht nachweisbar sind, wenigstens bei entsprechender Behandlung dauernd schwinden, die aber doch tödlich enden; und andererseits können Cylinder und Albumen vorhanden sein, ohne daſs es sich um Morbus Brightii handelt. Verf. hat bei 7 gesunden Personen 2—9 Jahre lang im Urin Eiweiſs nachweisen können. Auch die Menge des bei Brightscher Krankheit gefundenen Eiweiſses hat keinerlei prognostische Bedeutung. Nach seinen an über 100 Fällen gemachten Studien ist T. der Ansicht, daſs die Prognose der Brightschen Krankheit nur von der Menge des zerstörten Nierengewebes abhängig ist; über den Grad dieser Zerstörung giebt aber der Eiweiſsbefund keine Aufklärung. Man muſs also nach anderen Anzeichen suchen, die für Ausdehnung oder Schwere der Erkrankung als Maſsstab dienen können. Dreysel-Leipzig.

Des albuminuries fonctionelles. Von Dignat. (La Presse Méd. Nr. 43, 30. Mai 1900.)

Anknüpfend an die Erkrankung eines 15jährigen Menschen, der ohne irgend heriditäre oder eigene Veranlassung seit 3 Jahren an allgemeiner und vor allem intellektueller Apathie, Kopfweh und Verdauungsstörungen leidet und bei dem sich 1,60 ‰ Albumen feststellen lieſs, ohne daſs je Phosphaturie sich zeigte und ohne daſs durch irgend eine Anordnung die Albuminurie zu beeinflussen war, erörtern Dignat und Robin, daſs nach Ausschluſs von dyspeptischer oder phosphatoroischer Entstehung nur die Annahme nervöser Ätiologie vorliege. Sedlmayr-Straſsburg i. E.

Fall von Urticaria recidiva mit akuten Schüben und Albuminurie. Von Roth. (Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. 29, H. 11.)

Die 8½jährige Kranke R.s litt an Urticaria und an Ödöm des Gesichtes, vor allem der Augenlider. Der Urin war an Menge vermindert, enthielt ziemlich viel Eiweiſs, sowie Gebilde, die wahrscheinlich Fragmente granulierter Cylinder darstellten. Unter Milchdiät und Bettruhe erfolgte innerhalb 14 Tagen vollständige Genesung. Ein halbes Jahr später trat wieder Urticaria mit den gleichen, aber weniger intensiven Begleitserscheinungen auf. Verf. ist der Ansicht, daſs das die Urticaria verursachende Agens auch einen schädigenden Einfluſs auf das Nierengewebe ausgeübt habe. Dreysel-Leipzig.

Toxicité urinaire et isotonie; osmonocivité. Von Lesné et Bousquet. (La Presse Med. Nr. 42. 26. Mai 1900.)

Die Verff. haben sich die Aufgabe gestellt, die Isotonie und die Toxicität des Urins in ihrem Verhältnis zu prüfen und den Wert des Experiments zu studieren. Als die beste Methode zur Bestimmung der molekulären Dichtigkeit bezeichnen die Verff. die Feststellung des Gefrierpunktes oder die Cryoskopie. Durch das Experiment (durch die Methode der Verdünnung) haben sie festgestellt, daſs die osmotische Kraft keine konstante Ziffer repräsentiert, weder für normale noch für pathologische Urine. Den diesbezüglichen Versuchen von Claude und Balthazard gegenüber machen die Verff. u. a. den Einwand, daſs sich eine so komplizierte Frage nicht auf mathematischem Wege allein lösen lasse, ferner, daſs sie den Unterschied zwischen organischen Substanzen und mineralischen Salzen nicht genug ge-

würdigt haben. Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dafs zur Feststellung der Toxicität des Urins nicht nur diejenige der Isotonie und der osmotischen Kraft gehören, sondern noch diejenige zahlreicher bis anher unbekannter Faktoren gehört. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Bakteriurie. Von Warburg. (Münchener med. Wochenschrift 1899, Nr. 29.)

Bei dem 54jährigen Kranken W.s trat plötzlich unter Schüttelfrost und Fieber eine Bakteriurie auf, die längere Zeit anhielt und erst nach Anwendung von Urotropin schwand. Die Ursache derselben war der Bacillus lactis aërogenes. Aller Wahrscheinlichkeit nach waren die Bacillen vom Blute aus in die Nieren und von hier mit dem Urin in die Blase gelangt. Der ursprüngliche Sitz der Bakterien war allem Anschein nach der Darm, jedoch kamen auch die Lungen hierbei mit in Betracht, da vor Auftreten der Bakteriurie eine Bronchitis vorhanden gewesen war.

Dreysel-Leipzig.

Über die Acetonvermehrung beim Menschen nach Zuführung niederer Fettsäuren. Von Hagenberg. (Centralblatt f. Stoffwechsel- u. Verdauungskrankheiten, Nr. 2, 1900.)

Die an 2 gesunden Personen angestellten Versuche ergaben als Resultat, dafs an den Tagen, an welchen Buttersäure genossen wurde, der Acetongehalt des Urins bedeutend stieg, während bei Darreichung von Fett, welches keine niederen Fettsäuren enthielt, die Acetonmenge eine wesentlich geringere war. Aus diesen Versuchen geht nach Ansicht des Verfassers hervor, dafs die Acetonbildung bei der alimentären Acetonurie nach Fettfütterung im menschlichen Organismus von der jeweiligen Menge der in den Fetten enthaltenen niedrigen Fettsäuren abhängig ist. von Hofmann-Wien.

Über die Ausscheidung und Entstehung des Acetons. Von Schwarz. (Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, Nr. 1, 1900.)

Während die Annahme, dafs das Aceton aus dem Eiweifs herstamme, ziemlich unhaltbar geworden ist, wird es immer wahrscheinlicher, dafs die Acetonausscheidung der Ausdruck gesteigerten Fettzerfalles im Organismus sei. So trat in den Versuchen des Verfassers bei Diabetikern nach reichlicher Zufuhr von Fetten eine beträchtliche Steigerung der Acetonausscheidung ein; beim Gesunden hingegen liefs sich eine solche Steigerung nicht konstatieren, selbst wenn bedeutende Fettmengen eingeführt wurden.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Lehre von der Acetonausscheidung. Von F. Voit. (Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. LXVI.)

Nach den Versuchen V.s am Hunde nimmt die Acetonausscheidung durch den Harn im Hunger nicht zu; sie wird auch durch Kohlehydrate nicht herabgesetzt. Anders verhält sich jedoch die Respirationsluft bezüglich des Gehaltes an Aceton: Bei Fleischnahrung sind die Acetonmengen in Harn und Expirationsluft ungefähr gleich; bei vermehrter Zufuhr von Kohlehydraten

steigt die in der Expirationsluft vorhandene Acetonmenge um beinahe das doppelte und beim Hunger auf das zehnfache der im Harn enthaltenen Menge. Dreysel-Leipzig.

Zur Lehre der Acetonurie. Von Waldvogel. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXVIII, pg. 506.)

Bei seinen an sich selbst und verschiedenen Kranken angestellten Versuchen ist W. zu folgenden Resultaten gekommen: Für die Menge des ausgeschiedenen Acetons sind nur die mit der Nahrung aufgenommenen Kohlehydrate und Fette mafsgebend. Eiweifs — weder das Körper- noch das Nahrungseiweifs — liefert kein Aceton. Während die Kohlehydrate per os acetonvermindernd wirken, subcutan aber vermehrend, steigert Fett die Acetonurie nur, wenn es per os aufgenommen wird. Die Wirkung des Alkohols in dieser Beziehung ist noch unsicher. Thyreoidin vermehrt die Acetonurie. Dreysel-Leipzig.

Chemische und experimentelle Untersuchungen über das Coma diabeticum. Von W. Sternberg. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 38, H. 2.)

Verf. bespricht die bisherigen Arbeiten und die Beziehungen der organischen Säuren zum diabetischen Coma. Er selbst hat Versuche mit den Amidobuttersäuren an Tieren gemacht. α- und γ-Amidobuttersäure hatten keinen toxischen Einflufs, dagegen verursache die β-Amidobuttersäure in Dosen von 3 gr schwere Intoxikationserscheinungen, die denen beim Coma diabeticum des Menschen glichen. Diese Amidobuttersäure ist also eine der wenigen Substanzen, die einen Coma-ähnlichen Zustand hervorzurufen vermag. Dreysel-Leipzig.

Die Bedeutung der Leber für den Organismus bei der Assimilation der verschiedenen Zuckerarten. Von H. Sachs. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 38, H. 2.)

S. hat Fröschen verschiedene Zuckerarten, Dextrose, Laevulose, Galactose, Arabinose, verabreicht und den Urin vor und nach Exstirpation der Leber untersucht. Auch einige Fälle von schweren Lebererkrankungen hat er in den Kreis seiner Versuche gezogen. Beim Frosche wird am besten Dextrose assimiliert, dann folgen Laevulose, Galactose, Arabinose. Die Toleranz für Dextrose und Galactose schien hauptsächlich vom Körpergewicht, die für Laevulose von der Beschaffenheit der Leber abzuhängen. Exstirpation der Leber beeinflufste die Toleranz für Dextrose, Galactose und Arabinose nicht wesentlich, während sie die für Laevulose merklich herabsetzte. Auch bei Menschen mit Lebererkrankungen zeigte sich oft eine verminderte Toleranz für Laevulose, 100 gr riefen bisweilen schon alimentäre Laevulosurie hervor. Im Widerspruch steht dieser Befund also mit der Thatsache, dafs Laevulose beim Diabetes gut vertragen wird und beweist, dafs der Zustand der Leber in der Ätiologie des Diabetes nur eine geringe Rolle spielt.

Dreysel-Leipzig.



Zusammenhang zwischen Acromegalie und Diabetes. Von W. Schlesinger. (Wiener med. Blätter 1900, Nr. 7.)

Sch. berichtet über drei Kranke, bei denen neben Acromegalie einmal eine ausgesprochene alimentäre Glykosurie und in den beiden anderen Fällen ein wirklicher Diabetes vorhanden war. Beide Erkrankungen trifft man nicht selten zusammen; immer geht die Acromegalie dem Diabetes voraus.

Dreysel-Leipzig.

Hémochromatose et diabète bronzé. Von E. Opie. (The journal of experimental medicine. 1899. Vol. IV.) La Presse Méd. Nr. 47. 13. Juni 1900.

Verf. weist darauf hin, dafs zwischen der Hemachromatose Recklinghausens und dem Bronzediabetes Hanots zahlreiche Zwischenstufen bestehen und erläutert seine Ansicht eingehend an einem nach Typhus zur Obduktion gelangten Fall, der einen 55jährigen Mann betraf, welcher Bronzefarbe der Haut und Glykosurie aufgewiesen hatte. Sein Schlufs geht dahin: der Diabetes, von Pankreas ausgehend, tritt auf, wenn das Pankreas cirrhotisch wird und pflegt die Hemachromatose und die Lebercirrhose zu komplizieren, nicht, wie Hanot meint, das primäre zu sein.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Treatment of Diabetes mellitus. Von S. D. Barney. (New-York Med. Jour. 1900, 31. März.)

Bei der diätetischen Behandlung des Diabetes will B. alle Zuckerarten ausgeschlossen wissen, doch ist in manchen Fällen, vor allem auch im vorgerückteren Alter, eine nicht allzu strenge Diät empfehlenswert. Die medikamentöse Behandlung hat die Aufgabe, die Nerventhätigkeit, welche die Glykogenbildung beeinflufst, zu regeln, die Blutcirkulation zu fördern und den Darmkanal frei von Mikroorganismen zu halten. B. meint, dafs diese Aufgaben eine Mischung von Goldbromit und Arsen (2 : 1) am besten erfülle; bei mehreren Fällen hat er von diesem Medikamente gute Resultate gesehen, er giebt 0.3, 3 mal täglich nach dem Essen, allmählich steigend.

Dreysel-Leipzig.

Operations on Glycosurics. Von A. L. Fisk. (Annals of Surgery 1900, April.)

Im allgemeinen sind chirurgische Mafsnahmen an Diabetikern wenig zu empfehlen, doch ist bei sorgfältiger Auswahl der Fälle und strengster Antisepsis auch bei derartigen Operationen ein günstiges Resultat zu erwarten. Für akute, chirurgische Erkrankungen, Apendicitis, incarcerierte Hernie kann Diabetes überhaupt keine Kontraindikation für einen operativen Eingriff sein, doch verschlechtert er die Prognose. Zucker im Urin findet sich bisweilen bei Intoxikationen und Traumen; unter solchen Verhältnissen haben Operationen keine schlechtere Prognose als sonst. Die Blutgefäfse müssen bei Diabetikern so sehr als möglich geschont werden, daher darf auch bei Amputationen wegen Gangrän der Esmarchsche Schlauch nicht in Anwendung kommen, da er die Vitalität der Gefäfse herabsetzt.

Dreysel-Leipzig.

Zur Prognose der Glykosurie und des Diabetes. Von F. Hirschfeld. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 25 u. 26.)

Auf Grund von 250 beobachteten Fällen von Diabetes, bezw. Glykosurie kommt H. hinsichtlich der Prognose des Leidens zu folgenden Ergebnissen: Bei der grofsen Labilität im Verhalten der Glykosurie sind Besserungen entschieden häufiger als Verschlimmerungen, besonders allerdings in den leichten Fällen zu beobachten. Man kann hoffen, dafs der Harn dauernd zuckerfrei wird, wenn $^5/_6$ der eingenommenen Kohlehydrate assimiliert werden. In diesen Fällen ist zunächst ziemlich strenge Diät mit 50—100 gr Kohlehydrate täglich indiziert; allmählich nimmt die Assimilation bis zu 200 gr zu; je länger jedoch die Ausscheidung schon besteht, desto schwerer ist die vollständige Beseitigung. Ein schlechtes Vorzeichen ist die Vermehrung des Aceton und der Acetessigsäure, am besten mittelst der Huppert-Messingerschen Methode nachzuweisen. Tageswerte von über 1 gr Aceton geben eine ungünstige Prognose.

Fieberhafte Erkrankungen sind nach H.s Beobachtungen ohne Einflufs auf die Glykosurie, nur die Influenza scheint ungünstig zu wirken und leicht Coma hervorzurufen, ebenso verlaufen die Fälle, die mit heftigen Koliken, vielleicht Pankreaskoliken einhergehen, vielfach ungünstig. Einen nachteiligen Einflufs haben ferner Karbunkel, Furunkel, Gangrän; manchmal tritt freilich auch nach Abheilung dieser Komplikationen Abfall der Glykosurie und Acetonurie auf. Psychische Affekte wie Schreck verschlimmern den Diabetes, ebenso schmerzhafte Prozesse, wie Gallen- und Nierenkoliken. Die bei Diabetes häufig hervortretende Herzschwäche wird durch eine mäfsige antidiabetische Diät günstig beeinflufst, ebenso wie andere Störungen der Muskelthätigkeit, z. B. der Akkomodationsmuskeln. Nach H. besteht zwischen alimentärer Glykosurie und Diabetes nur ein gradueller Unterschied, da die verschiedenen für Diabetes charakteristischen Symptome auch bei letzteren fehlen können.

Paul Cohn-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

Fall von Fehlen der linken Niere. Von F. Parodi. (R. Accademia med. di Genova.)

Die linke Niere des an Schädelfraktur gestorbenen Mannes, sowie der betr. Ureter fehlten vollständig. Die rechte Niere war hypertrophisch und befand sich an normaler Stelle. Auf der linken Seite fehlten aufserdem Vas deferens, Samenblase, Ductus ejaculatorius vollständig; von Nebenhoden dieser Seite war nur ein Rudiment vorhanden, der linke Prostatalappen war nur halb so grofs als der rechte. Für diese Anomalien am Urogenitalsystem ist eine unvollkommene Entwicklung des Wolff'schen Körpers verantwortlich zu machen.

Dreysel-Leipzig.

Über kompensatorische Hypertrophie der Niere. Von Jurgew. (Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku 1899.)

Verf. hat seine Versuche an Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden ausgeführt. Er exstirpierte die eine Niere und tötete die Tiere verschieden

lange Zeit nach der Operation. Es zeigte sich, dafs die zurückgebliebene Niere nach zwei Monaten sich bereits um 60%, nach einem Jahr um 80% vergröfsert hatte. Die Vergröfserung des Organes war durch echte Hypertrophie der Zellelemente verursacht. Dreysel-Leipzig.

Hydronéphrose. Von Deschamps. (La Presse Méd. Nr. 43. 30. Mai 1900.)

Demonstration eines Präparats von doppelseitiger Nephrose durch solide Vernarbung des unteren Endes der Ureteren vor ihrem Eintritt in die Blase. Die Vernarbung war durch eine lange bestehende Parametritis veranlafst.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Chronic unilateral pyelonephritis and its pathogenic relation to disease of the opposite kidney. Von J. P. Bryson. (Amer. Assoc. of Genitourinary surgeons 1900, 1.—3. Mai.)

B. berichtet über einige diesbezügliche Beobachtungen und stellt nachstehende Schlufsfolgerungen auf: Langdauernde Pyelonephritis der einen Niere übt einen schädigenden Einflufs auf die andere gesunde Niere aus, indem es an dieser häufig zu einer parenchymatösen Nephritis kommt. Eiterungen der einen prädisponieren zu Amyloiddegeneration der anderen Niere. Die Art, wie diese Einwirkung der kranken auf die gesunde Niere zu stande kommt, ist noch völlig unbekannt. Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung der Scharlachnephritis. Von Ziemssen. (Journ. de Méd. de Paris.)

Haupterfordernis bei der Behandlung der Scharlachnephritis ist Schonung der Nieren. Die Haut mufs deren Funktionen so weit als möglich mit übernehmen. Heifse Bäder mit folgender wollener Einwickelung sind ein ausgezeichnetes Diaphoretikum. Zu empfehlen dabei ist die allmähliche Erhitzung des Wassers bis 41 oder 42° C., während der Kranke sich im Bade befindet. Das Bad soll zwei Stunden dauern. Bei schweren Fällen mit Anurie empfiehlt Z. Pilokarpin, Champagner, Milchdiät, Mineralwasser. Beim Fehlen urämischer Symptome sieht man am besten von einer medikamentösen Behandlung ab; sind solche aber vorhanden, dann sind Digitalis, Kalium oder Ammonium acet. am Platze. Rekonvaleszenten ist wollene Unterkleidung, Vermeidung aller reizenden Nahrungsmittel zu empfehlen.

Dreysel-Leipzig.

On Nephritis in childhood, especially that occurring in the course of Malaria. Von Moncorvo. (Pediatrics 1900, 15. April.)

Verf. giebt zunächst einen kurzen geschichtlichen Überblick; er geht dabei besonders auf die Beteiligung der Niere bei verschiedenen Infektionskrankheiten der Kinder ein. Ausführlicher wird dann die bei Malaria vorkommende Nephritis besprochen. Bisher sind nur verhältnismäfsig wenig derartige Fälle publiziert worden. Unter 35 von M. zusammengestellten Fällen von Nephritis bei Kindern befinden sich 26 mit Malaria. Nach M. spielt in Malariagegenden die Malaria bezüglich der Nephritis dieselbe Rolle, wie die Scarlatina in unserem Klima. In klinischer Beziehung unterscheidet

sich die Malarianephritis nicht wesentlich von den Nierenentzündungen bei anderen Infektionskrankheiten; ihr Verlauf ist ein kurzer, der Ausgang beinahe immer günstig. Oedöme sind sehr häufig, vielfach besteht allgemeines Anasarka. Die Urinausscheidung ist stark vermindert. Eiweifs und Cylinder sind fast immer vorhanden. Über die Art des Zusammenhanges der Nephritis mit der Malaria, ob direkte Einwirkung der Protozoen auf die Niere, ob Toxinwirkung, lassen sich zur Zeit nur Hypothesen aufstellen.

Dreysel-Leipzig.

Néphrite dothiénterique précoce. Von Dr. Donnadieu. (Journ. de méd. de Bordeaux, Juli 1899.)

Als D. die Patientin zuerst sah, bestand seit 8 Tagen Kopfschmerz, Mattigkeit, hochgradige Dyspnoe mit Angstzuständen, Cyanose, ferner Durchfälle und Erbrechen. Temp. 38°. Während der Nacht traten Delirien auf. Der Urin war spärlich, dunkel mit starkem Sediment und enthielt 0,4 % Eiweifs. Obgleich sich dieser an Urämie bei infectiöser Nephritis erinnernde Zustand bald besserte, stieg das Fieber noch mehr an und es entwickelte sich ein normaler Typhus, der ohne weitere Complicationen ablief. Verf. möchte diesen Fall in Parallele mit Pneumotyphus, Pleurotyphus etc. als Nephrotyphus bezeichnen, da in so hervorragender Weise die Nierenerscheinungen während der ganzen ersten Zeit des Verlaufes dominierten.

König-Wiesbaden.

Skin affections in Bright's disease. Von H. Thursfield. (British Med. and Chir. Society 1900, 13. März.)

In den frühen Stadien der Brightschen Krankheit kommen Pruritus, Urticaria, Eczeme zur Beobachtung, in den späteren und bei Urämie universelle Erytheme, bulöse und spuamöse Affektionen; Purpura ist sehr selten. Bezüglich der Eczeme bezweifelt T. einen Zusammenhang mit der Albuminurie. Papulöse und makulöse Exantheme, denen Desquamation folgt, gehen in späteren Stadien der Erkrankung oft urämischen Anfällen voraus und haben daher üble Vorbedeutung. Am plausibelsten lassen sich derartige Exantheme erklären, wenn man eine im Blute cirkulierende toxische Substanz annimmt. Die Natur dieser Substanz ist noch durchaus unbekannt, jedenfalls handelt es sich dabei weder um Harnstoff noch um Harnsäure.

Dreysel-Leipzig.

Zur Kenntnis der Wirkung des weifsen und schwarzen Fleisches bei chronischer Nierenerkrankung. Von Pabst. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 25.)

Um zur Lösung der letzthin mehrfach diskutierten Frage, ob man Pat. mit chronischem Nierenleiden den Genufs von sogenanntem schwarzen Fleisch ebenso gestatten darf, wie den des weifsen, beizutragen, hat P. an zwei Fällen von chronischer parenchymatöser Nephritis diesbezügliche Versuche angestellt.

Die Kranken erhielten zuerst eine Woche weifses, d. h. Kalb-, Hühner-, Taubenfleisch und zwar täglich $^1/_2$ Pfund, dann wurde eine Woche Pause gemacht mit Milchdiät, dann erhielten sie eine Woche hindurch täglich

$^1/_2$ Pfund schwarzes, d. h. Rind-, Hammel- oder Hasenfleisch, dann wiederum eine Woche Milchdiät, und zuletzt erhielten sie eine Woche hindurch halb Kalb-, halb Rindfleisch. Der Urin wurde täglich mit Esbach auf Eiweifs, alle 2 Tage auf Cylinder untersucht. Die Versuche ergaben nun keinen wesentlichen Unterschied, der nicht im Bereiche der Fehlerquellen lag, in Eiweifs- und Cylindergehalt bei Darreichung von weifsem und schwarzem Fleisch; ja sogar bei Milchdiät liefs sich kein nennenswerter Unterschied nachweisen. Auch bezüglich der Einwirkung auf das Allgemeinbefinden trat bei den verschiedenen Ernährungsarten keine Abweichung hervor.

Paul Cohn-Berlin.

A peculiar manifestation of uremia. Von F. Kraufs. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 14. Apr.)

Die Diagnose eines urämischen Anfalles kann unter Umständen sehr schwierig sein, wie folgender Fall K.s beweist: Eine 42jähr. Frau war nach bisherigem vollständigen Wohlbefinden plötzlich von Krämpfen, die mit Verlust des Bewufstseins verbunden waren, und denen tiefes Coma folgte, befallen worden. Der Puls war klein, beschleunigt, die Konvulsionen waren einseitig, während auf der anderen Seite Paralyse bestand. Ödöme fehlten, der Harn war frei von Eiweifs und Cylindern. Urämie schien darnach ausgeschlossen. Bei der Sektion fand sich eine doppelseitige chronische Nephritis mit frischen Kongestionserscheinungen, die die urämische Natur der Affektion sicherstellte.

Dreysel-Leipzig.

Renal calculi. Von M. L. Harris. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 17. März.)

Verf. ist der Ansicht, dafs die Nierensteine bisweilen bakteriellen Ursprungs sind, jedenfalls genügt die Harnsäure zu ihrem Zustandekommen allein nicht. Von den Symptomen ist das konstanteste und wichtigste die Hämaturie. Diagnostisch leisten die Röntgenstrahlen bisweilen gute Dienste. Die interne Behandlung kann nur eine rein symptomatische sein. Bei operativen Eingriffen soll man immer von der Regio lumbalis aus vorgehen. Die Niere soll am konvexen Rande incidiert werden. Nach Entfernung des Steines Waschen der Niere mit warmer Kochsalzlösung und Vernähung der Nierenwunde mit Katgut. Bei septischen Zuständen ist bisweilen die primäre Nephrektomie ratsam.

Dreysel-Leipzig.

Klinik und Therapie der Nephrolithiasis. Sammelreferat von Wagner. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie Bd. III, Heft 1, 1900.)

Eine eingehende Besprechung von 120 im Laufe der letzten Jahre über Nephrolithiasis erschienenen Arbeiten. Über die näheren eigentlichen Ursachen, welche zur Bildung von Nierensteinen führen, herrscht noch immer keine vollkommene Klarheit, wenn sich auch verschiedene Forscher in dieser Hinsicht Verdienste erworben haben. (Mendelsohn, Moritz). Hingegen ist eine Reihe von begünstigenden Faktoren bekannt. Die Diagnose der Nephrolithiasis ist eine sehr einfache, wenn sämtliche typischen Symptome vorhanden sind, kann aber, wenn dies nicht der Fall ist, ungemein schwierig

sein. Um so freudiger ist es daher zu begrüfsen, dafs in den letzten Jahren verschiedene wertvolle Hilfsmittel für die Diagnose angegeben wurden. Es sind dies der Ureterenkatherismus und die Radiographie, doch sind die mit Hilfe der letzteren erlangten Resultate je nach der chemischen Zusammensetzung der Steine sehr verschieden. Am wenigsten durchlässig und daher durch Anwendung der Röntgenstrahlen am leichtesten diagnostizierbar sind die Oxalate. Weniger deutlich erkennbar sind die Urate und am wenigsten die Phosphate. Unter Umständen ist man genötigt, die Nieren extraperitoneal freizulegen und abzutasten, ein Verfahren, welches der Palpation von einer kleinen Laparotomiewunde aus entschieden vorzuziehen ist. Was die Behandlung betrifft, so kann dieselbe in leichten Fällen eine medikamentös-diätetische sein, wobei Mineralwasserkuren eine besonders hervorragende Rolle spielen. Lesenswerte Arbeiten in dieser Hinsicht stammen von Mendelsohn und v. Noorden. In den schwereren oder schon länger bestehenden Fällen muss man operativ vorgehen und zwar stellt die Nephrolithotomie die typische Operation für das Nierensteinleiden dar. Nephrotomie und Nephrektomie kommen nur selten in Betracht. Die Prognose der Nephrolithotomie ist eine sehr günstige. von Hofmann-Wien.

Haematurie und Gelatine. Von Schwabe. (Therap. Monatsh. Juni 1900.)

Schl. injizierte einem Patienten, welcher an einer gefahrdrohenden Nierenblutung litt, die auf andere Mittel nicht besser wurde, je 25 ccm einer 2 % Gelatinelösung unter das rechte und linke Schlüsselbein. Schon am nächsten Tage war der Blutgehalt des Urins geringer, um nach einer zweiten Injektion noch bedeutend abzunehmen. Der Patient, welcher noch durch 8 Tage täglich $^1/_2$ Liter einer 10 % Gelatinelösung trinken mufste, genas vollkommen. Der Schmerz bei der Injektion war ganz erträglich und es zeigte sich niemals irgend welche unangenehme Nebenerscheinung.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Behandlung des Hydronephrose. Von Med.-Rat Dr. Reisinger, Mainz. (Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 61, Heft 2.)

R. berichtet über einen 26jährigen Zimmermann, bei welchem es gelang, eine direkte Anastomose zwischen einer linkss. Hydronephrose und der Blase, eine Nephrocystanastomose, herzustellen. Selbst in der Narkose konnte objektiv weder in der linken Nierengegend noch im Verlauf des Ureters etwas Abnormes nachgewiesen werden. Nach Anlegung des Bergmannschen Schnittes und Eröffnung des Peritoneums lag auf dem Promontorium und nach abwärts in das kleine Becken sich erstreckend eine über mannsfaustgrofse prall fluktuierende Geschwulst, die breitbasig und unbeweglich der Innenfläche der hinteren Beckenwand aufsafs, glatte Oberfläche zeigte und noch sehr deutlich die Konturen der Renculi erkennen liefs. Der untere Pol der Geschwulst war etwa 3 cm von dem Vertex der halbgefüllten Blase entfernt. Nach Heilung der Probeincision wurde zuerst in der Mitte zwischen Symphyse und Umbilicus eine Fistel angelegt, aus welcher sich innerhalb 24 Stunden etwa 300 ccm normalen Urins entleerten. Alle Beschwerden

waren seit diesem Eingriff beseitigt. Nach weiteren 14 Tagen wurde dreifingerbreit oberhalb der Symphyse das Abdomen eröffnet, der Vortex der Blase und der untere Pol der Blase bloſsgelegt und zwischen beiden genau nach dem bei Enteroanastomose üblichen Verfahren eine Verbindung hergestellt.

Der Erfolg der Operation ist nach $^5/_4$jähriger Beobachtung ein guter, die Blase wird vollständig entleert. S. Jacoby-Berlin.

Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik. Von E. Lobstein. (Bruns Beiträge z. klinisch. Chirurgie, 1900, Bd. XXVII, S. 251.)

1. Wandernieren: Seit 1883 wurden von Czerny 23 Wandernieren operiert, alle durch Anheftung, niemals wurde eine unkomplizierte exstirpiert. Während in der ersten Zeit nach Freilegung der Niere durch den lumboabdominalen Schiefschnitt parallel der 12. Rippe, die Capsula propria der Niere gespalten und ihre Ränder dann auf den Muskelfascien befestigt wurden, wird seit 10 Jahren die Caps. prop. zum Teil reseziert und die Niere durch Katgutfäden, welche durch oberen und unteren Muskelfascienrand und zugleich durch das Nierenparenchym durchgeführt werden, fest an die Vorderfläche der Wunde genäht und diese mit den Nähten gleichzeitig verschlossen. Durch versenkte Katgut- und Knopfnähte wird die Wunde noch dichter geschlossen mit Freilassung eines Schlitzes im vorderen unteren Wundwinkel, welcher zur Drainage dient. Von den 23 Fällen betrafen 20 die r. und 3 die l. Niere; einmal wurde beiderseitig die Nephropexie gemacht. Die Mortalität betrug 2 = 8,7 %. Doch erlagen diese Patienten nicht der Operation selbst, sondern anderen Krankheiten (Cholelithiasis und Magencarcinom). Die Endresultate sind von 18 bekannt. Vollkommener Erfolg trat ein in 11 Fällen = 61,5 %; bedeutende Besserung in 3; in 2 Fällen keine Bessezung; in 1 Falle hielt die Besserung 1 Jahr an, dann traten die Beschwerden infolge einer Influenza bronchitis wieder auf. Die übrigen Fälle sind zu kurze Zeit operiert, um sich ein definitives Urteil über den Erfolg erlauben zu können.

2. Hydronephrosen: Seit 20 Jahren wurden 11 Hydronephrosen operiert, 4 mal durch Nephrotomie, 7 mal durch Nephrektomie. Von den vier Nephrotomierten starb einer 5 Wochen nach der Entlassung infolge Funktionsstörung der anderen Niere. In den drei übrigen Fällen erfolgte Heilung und zwar in zweien mit völligem Schlusse der Fistel, während in dem dritten eine Fistel blieb, die noch fortwährend Fieberanfälle hervorruft. Die Mortalität beträgt also 25 %. Die Nephrektomie, die 4 mal lumbal und 3 mal transperitoneal ausgeführt wurde, brachte in 4 Fällen Heilung, worunter drei fortdauerndes Wohlbefinden, bei einem noch Beschwerden. Die Mortalität betrug 3 Fälle (1 Pyämie, 1 Sepsis, 1 Anurie) = 42,8 %.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. Höhe.

Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie. Von Wagner. Schmidts Jahrbücher der gesamten Medizin. Bd. CCLXVI.)

Die vorliegende Zusammenstellung aus der Feder des bekannten Leip-

ziger Nierenchirurgen Docenten Dr. Paul Wagner, welcher schon wieder holt derartige Berichte in den Schmidtschen Jahrbüchern veröffentlich hat, umfafst die im Laufe der letzten 3 Jahre erschienenen Arbeiten über Nierenchirurgie, 666 an der Zahl. Der Autor hat wie schon oft die mühevolle Aufgabe mit Geschick gelöst.

Von gröfseren Arbeiten ist besonders bemerkenswert der letzte Teil von Güterbocks Werk: Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane, welches eine ausführliche Bearbeitung der chirurgischen Krankheiten der Nieren enthält. Ein sehr gediegenes Buch ist auch Albarrans: Maladies chirurgicales du rein et de l'uretère. (Traité de chir. VIII, 1898.) Ferner hat Wagner selbst für die 2. Auflage des Penzold-Stinzingschen Handbuchs die Bearbeitung der chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter übernommen. Von den übrigen Arbeiten enthält ein grofser Teil Kasuistik oder umfangreichere Berichte und Statistiken aus verschiedenen Krankenhäusern und Kliniken.

W. konstatiert, dafs wir auf dem Gebiete der Nierenchirurgie in den letzten Jahren, wenigstens was die Therapie betrifft, keine besonderen Fortschritte zu verzeichnen haben. Hingegen sind wir in der Diagnose wesentlich vorwärts gekommen. Einerseits ist es die Radiographie, welche in vielen Fällen die Diagnose entscheidet, andererseits haben die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus wesentliche Fortschritte erfahren, wenn auch die Ansichten über den diagnostischen Wert und die Gefahren des letzteren noch geteilt sind. Auch die Durchlässigkeit der Nieren für Methylenblau ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel.

Trotzdem im Laufe der letzten drei Jahre eine grofse Anzahl von Kranken- und Operationsgeschichten publiziert wurden, ist es doch sehr schwer, ein definitives Urteil über die einzelnen Operationsmethoden und deren Resultate zu gewinnen, da ein Teil der Patienten aus den Augen des Operateurs vollständig entschwindet, ohne dafs es möglich wäre, irgend welche Nachricht zu erlangen; bei einer grofsen Zahl der publizierten Fälle ist auch die seit der Operation verstrichene Zeit viel zu kurz, ein Umstand welcher besonders bei Beurteilung der Operationsresultate bei malignen Tumoren in Betracht kommt. Küster, von welchem eine zusammenfassende Arbeit über „Neubildungen der Nieren und ihre Behandlung“ stammt, fand bei der Nephrektomie eine direkte Sterblichkeit von 25,89 %. Von 153 Kranken, welche die Operation überlebten, blieben 42 dauernd geheilt. Die Statistik Hérescos (De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Thése. Paris 1899), welche 165 Nephrektomien umfafst, ergiebt eine direkte Mortalität von nur 19,35 %, während Walker (Sarcoma of the kidney in children: a critical review of the pathology, symptomatology, prognosis and operation as seen in 145 cases. Annal. of Surg. 1897, pag. 529), 38,25 % berechnet. Die Mortalität bei Nephrektomie ist unter anderem sehr von der Operationsmethode abhängig, da die lumbale Nephrektomie viel günstigere Resultate giebt. Verhältnismäfsig günstig erscheinen die Erfolge der Nephrektomie bei Nierentuberkulose. Im allgemeinen bricht sich in der

Nierenchirurgie die konservative Richtung, als deren entschiedenen Anhänger sich auch W. bekennt, immer mehr Bahn. Zum Schlusse bespricht W. auch noch die 58 im vorerwähnten Zeitraum erschienenen Arbeiten über Ureterenchirurgie, von denen besonders die über Ureterentransplantation, wie sie in der letzten Zeit öfters mit Glück ausgeführt wurde, besonderes Interesse beansprucht.

von Hofmann-Wien.

Gunshot wound of the kidney. Von W. F. Barry. (Med. Record 1900, 24. März.)

Die Kranke B.s wies zwei Schufsverletzungen auf, von denen die eine die rechte Lumbalgegend, die andere das Abdomen betraf. Die letztere war nur eine Muskelverletzung, bei ersterer war aber offenbar die Niere getroffen, denn es entleerte sich Urin aus der Wunde. Sechs Wochen später war die Verletzung geheilt, der Ausflufs von Urin hatte vollständig aufgehört.

Dreysel-Leipzig.

A Contribution to the surgery of the kidney. Von L. W. Bickle. (Lancet 1900, 3. März.)

B. berichtet über folgende beiden Fälle: Eine 29jährige Frau, die im dritten Monat schwanger war, litt an Hydronephrose infolge Cystenniere; die Schwangerschaft ward durch die Nephrektomie nicht gestört, erreichte vielmehr ihr normales Ende. Bei dem 2. Falle, einem 50jährigen, an Hämaturie leidenden Manne, entfernte B. durch Nephrolithotomie einen 15 gr schweren Oxalatstein.

Dreysel-Leipzig.

Nephrectomy for a large aneurysm of the right renal artery, with a resume of the treloe formerly reported cases of renal aneurysm. Von Keen. (Philad. Med. Journ., May 5. 1900.)

Eine 45jähr. Dame spürte seit 5 Jahren ein immer stärker werdendes unangenehmes Gefühl auf der rechten Seite des Unterleibs. Zu gleicher Zeit bemerkte sie daselbst eine leichte Schwellung. Bald stellten sich Schwindelanfälle, verbunden mit Nausea, jedoch ohne eigentliches Erbrechen ein, welche jedesmal mit bedeutendem Fieber einhergingen und deren Intensität und Dauer eine sehr verschiedene war. Blut fand sich im Urin niemals. Bei der Untersuchung konnte man auf der rechten Seite des Abdomens einen elastischen Tumor palpieren, welcher die ganze Distanz zwischen Rippenbogen und Crista ilei ausfüllte. Er reichte von der rechten Flanke bis 5 cm nach links von der Mittellinie. Die Urinmenge betrug 800 cm, stieg aber auf 1500. Der Urin erwies sich als normal. Der Tumor wurde unter recht bedeutenden Schwierigkeiten exstirpiert. Er hatte ein Gewicht von 970 gr, sein Durchmesser betrug 14,5 cm. Die genaue Untersuchung ergab, dafs es sich um ein Aneurysma der rechten A. renalis mit Druckatrophie der Niere handelte.

Anschliefsend an diese Krankengeschichte bespricht K. die 12 übrigen bisher beobachteten Fälle dieser seltenen Erkrankung und knüpft daran einige Bemerkungen über Symptome, Diagnose und Therapie derselben.

von Hofmann-Wien.

Écrasement et déchirures multiples du rein droit. Laparotomie puis néphrectomie. Von Guérison, Souligoux et Fossard. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. April 1900.)

Ein 25jähriger Fuhrmann wird am 22. März d. J. gegen 1,30 Uhr nachmittags rückwärts von einem Wagen angefahren, fällt vom Bock, kommt auf den Bauch zu liegen und wird schräg von den 4 Rädern des etwa 200 Kilo schweren Wagens überfahren. Kurze Bewufstlosigkeit, Gesicht blafs, Haut kalt, Puls etwas beschleunigt, aber kräftig, Atmung nicht behindert. Auf Befragen wird als schmerzhaft die rechte Seite bezeichnet. Leib weich, wenig schmerzhaft. Zunächst besteht der Eindruck einer Unterleibsquetschung. 4,30 Uhr nachmittags 39,5° C, 150 gr Urin, tiefrot mit vielen länglichen Blutgerinnseln. Puls weniger voll, rascher, reichliches rufsfarbiges Erbrechen. 5,30 Uhr nachmittags Laparotomie: Bauchhöhle mit Blut und Urin gefüllt, Austupfen, 2 grofse Drains, Etagennaht, Kochsalzinfusion; es ist deutlich, dafs die Blutung aus der Gegend der rechten Niere kommt. Die Temperatur bewegt sich in den nächsten Tagen zwischen 38 und 39° C., eine Peritonealfistel war zum Durchbruch gekommen. 5. April Nephrektomie; vom 10. April ab Temperatur normal. Genesung. Der Fall ist besonders interessant durch die Zerreifsung des Peritoneums bei einer derartigen Nierenverletzung eines Erwachsenen, von welchen Fällen bisher nur 5 oder 6 veröffentlicht sind.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Post-operative acute toxic hyperaemia and inflammation of the kidneys. Von F. F. Simpson. (Amer. Journ. of Obstetrics 1899, Nov.)

Die hauptsächlichsten Schlufsfolgerungen S.s lauten: Nephritis und akute Hyperämien der Nieren, die in Anschlufs an eine Operation auftreten, kommen öfters zur Beobachtung, geben aber selten zu Bedenken oder dauernden Störungen Anlafs. Bedingt sind diese Zustände durch das lange Freiliegen der Niere während der Operation, toxische Einflüsse; Anästhetica, Ptomaine etc. Die Narcotica vermögen die kranke und gesunde Niere zweifellos zu reizen. Eine durch Intoxikation bedingte Reizung der Niere hat ihren eigenen besonderen Symptomkomplex, der von dem der gewöhnlichen Nephritis völlig verschieden ist; die Symptome ähneln vielmehr denen der Nephritis bei akuten Infektionskrankheiten, die Erscheinungen von seiten der Niere treten also dabei in den Hintergrund. Durch möglichst rasche Beendigung der Operation, sparsame Anwendung der Narcotica, strengste Antisepsis läfst sich eine postoperative Reizung der Niere am besten vermeiden.

Dreysel-Leipzig.

Sur la tuberculose du chien. Petit et Basset, d'Alfort. (Bullet. et Mém. de la société anatomique de Paris. April 1900.)

Die Verff. weisen darauf hin, dafs die Tuberkulose bei den Hunden viel häufiger vorkommt, als man annimmt. Demonstration des Obduktionsergebnisses eines 6jährigen Vorsteherhundes St. Germain, über dessen Vorleben nichts bekannt ist: hämorrhagische Pleuritis und Pericarditis; Verkäsung

der Bronchialdrüsen, vorgeschrittene Tuberkulose der Nieren mit atrophischem Charakter. Der Intestinaltraktus ist ganz frei.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Primary tuberkulosis. Nephrectomy and subsequent total resection of ureter; complete recovery. Von D. Tait. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 21. April.)

Der Kranke T.s, ein 42jähriger Mann, litt an Tuberkulose der rechten Niere. Nach der Nephrektomie klärte sich der vorher trübe Urin, doch blieb an der Operationswunde eine Fistel zurück. T. resecierte daher fünf Monate später ein 12 cm langes Stück des Ureters und, als die Fistel sich noch nicht schlofs, weiter 7 Monate später den gesamten Ureter. Nunmehr trat Heilung ein. Am excidierten Ureter waren sichere Zeichen von tuberkulöser Erkrankung vorhanden.

Dreysel-Leipzig.

Sur la tuberculose rénale. Von Tuffier. (La Presse Méd. Nr. 42. 26. Mai 1900.)

Anknüpfend an die Mitteilungen Poussons äufsert sich T. dahin, dafs die Katheterisierung der Ureteren ebensowenig gefahrlos als sicher zwecks Feststellung des Gesundseins der einzelnen Niere ist; wenn es der Allgemeinzustand bezw. die Beschaffenheit der anderen Niere irgend zuläfst, rät T. bei Nierentuberkulose unbedingt zu chirurgischem Eingreifen. Die extra kapsuläre lumbale Nephrektomie bleibt die ideale Operation; die Schwere des Allgemeinzustandes kann vorübergehend die Vornahme einer Nephrotomie rechtfertigen, der aber thunlichst bald die Nephrektomie folgen soll. Die 9 Patienten, welchen T. die Niere entfernte, sind genesen und blieben es jetzt schon 9 und 10 Jahre; von den 7 Nephrotomierten sind 5 (2 mit Fistelbildung) geheilt, 2 gestorben. Hinsichtlich des Ureters empfiehlt T., wenn derselbe sich erweitert zeigt, ihn so tief als möglich, eventuell unter Erweiterung der Lumbalincision, abzutragen; ist der Ureter vernarbt, geschrumpft, atrophisch, so wird er mit Catgut abgebunden und kauterisiert.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Symptomatology, diagnosis, treatment of neoplasms of the kidney. Von L. Mc. Arthur. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 17. März.)

Schwellung in der Nierengegend, Hämaturie, Schmerzen und Cachexie sind die Hauptsymptome der Nierentumoren. Zwei von diesen sind für eine exakte Diagnose meist ausreichend. Das häufigste Symptom ist Schwellung; Hämaturie ist in 50% der Fälle vorhanden; Schmerz findet sich nur bei gröfseren Geschwülsten; Cachexie tritt relativ frühzeitig ein. Nierentumoren während der ersten 4 Lebensjahre sind fast immer Sarkome, sie erscheinen meist innerhalb der ersten 15 Monate nach der Geburt und wachsen sehr rasch. Verf. bespricht noch eingehend die Differentialdiagnose der Nierentumoren, sowie die diagnostischen Hilfsmittel, Urinuntersuchung, Palpation, Ureterenkatheterisation etc. Therapeutisch ist die Nephrektomie nur dann zulässig, wenn die andere Niere nachgewiesenermafsen gesund ist.

Dreysel-Leipzig.

Pathology of renal neoplasms. Von D. N. Eisendrath. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1900, 17. März.)

Sekundäre Nierentumoren sind selten; embryonale Anlagen in der Nierensubstanz spielen in der Ätiologie dieser Tumoren eine grofse Rolle, daher auch die Häufigkeit der Nierensarkome im Kindesalter. Heredität, Traumen, Wanderniere haben geringen Einflufs. Metastasen von primären Nierentumoren aus entstehen spät und erreichen selten eine gröfsere Intensität. Die benignen Tumoren der Niere, Fibrome, Lipome etc. sind von geringer Wichtigkeit. Bei weitem die erste Stelle nehmen die Sarkome ein; sie sind besonders häufig bei Kindern und meist Spindelzellensarkome. Karcinome zeigen alveolären oder papillomatösen Bau.

Dreysel-Leipzig.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Das retrostrikturale Ödem der weiblichen Blase. Von G. Kolischer, Chicago. (Centralbl. f. Gyn. 1900, S. 446.)

Strikturen der weiblichen Harnröhre kongenitalen Ursprungs sind vielfach Ursache von Beschwerden, die in permanentem Urindrang, Kitzeln in der Blase bestehen. In dem trüben Urin findet man Epithelfetzen und Detritus, in schwereren Fällen Eiter mit nekrotischen Fetzen. Cystoskopisch findet man ein Ödem der inneren Harnröhrenmündung, die gequollen und weifslich verfärbt ist. Infolge des Ödems kann es zu Ulcerationen und solitärer Geschwürbildung kommen. Die Therapie besteht in innerer Urethrotomie eventuell auch Jodoforminstillationen.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Beitrag zum Studium der Harninfektion und insbesondere zur Ätiologie und zur Behandlung der Cystitis. Von Tanago. (Monatsber. über die Gesamtleist. auf d. Gebiete d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualapparates. Nr. 4 u. 5, 1900.)

Verf. berichtet über 23 Fälle von Cystitiden, in denen genaue bakteriologische Untersuchungen vorgenommen wurden. Nur in der Minderzahl der Fälle war der Blasenkatarrh durch eine einzige Art von Mikroorganismen hervorgerufen, meist hatte man es mit Mischinfektion zu thun. T. gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zur Ansicht, dafs sämtliche pyogenen Bakterien Cystitis hervorrufen können, falls die Blase durch Trauma, Kongestionen etc. für ihre Aufnahme empfänglich geworden ist. Am häufigsten sind die Mikroben, welche den Harnstoff zersetzen, für sich allein oder in Verbindung mit dem Bacter. coli, etwas weniger häufig letzteres allein Erreger der Cystitis. Was die Behandlung betrifft, richtet sich T. nach den Vorschriften Guyons und erzielt auf diese Weise sehr gute Resultate. Besonders der Verweilkatheter hat ihm oft ausgezeichnete Dienste geleistet. Von inneren Mitteln, wie Urotropin, Salol etc. hat er nur wenig oder gar keinen Erfolg gesehen. von Hofmann-Wien.

Réseotion du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse. Von Albertin. (Soc. de chir. de Lyon 1899, Juli.)

A. hat bei einem an heftiger Cystalgie leidenden Kranken die Resektion des Dammastes des Nerv. pudendus intern. mit sehr gutem Erfolg ausgeführt.

Chandeluse hält diese Durchtrennung bezüglich der Erektion des Penis nicht für gleichgültig; er zieht derselben die forcierte Dilatation des Anus vor. Dreysel-Leipzig.

Die Blasensteinoperationen der Czernyschen Klinik aus den letzten 20 Jahren. Von E. Lobstein. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie, 1900, Bd. XXVII, S. 231.)

Während dieses Zeitraumes wurden an der Heidelberger chirurgischen Klinik 81 Blasensteinoperationen an 74 Patienten gemacht und zwar 74 „reine Steinoperationen“ an 67 Kranken und 7 zur Entfernung von Fremdkörpern. Letztere (3 mal Bleistifte, 1 mal Haarnadel, 2 mal Drahtnägel, 1 mal Kornähre) wurden in 4 Fällen durch Sectio mediana, in 2 durch Sectio alta und in 1 Falle durch Dilatatio urethrae beseitigt. Bei den übrigen Patienten wurde 19 mal die Sectio perinealis mit 4 Todesfällen, 26 mal die Sectio alta — unter welchen 9 Knaben und ein 5jähriges Mädchen sich befanden — mit 2 Todesfällen und in den übrigen Fällen die Lithotripsie mit 2 Todesfällen gemacht. Während in den ersten 10 Jahren der Perinealschnitt bevorzugt wurde, änderte sich später das Verhältnis zu Gunsten der beiden anderen Operationen. Der hohe Steinschnitt wurde, nach voraufgegangener mäfsiger Füllung der Blase mit verdünnter Karbollösung oder Borsäurelösung, immer als Längsschnitt in der Mittellinie gemacht. Nach Inzision der Blase und Extraktion des Steins wurde die Blase mit Ausnahme eines Falles sofort mit Katgut genäht und die Bauchwunde mittelst Seidenfäden geschlossen. Bis 1881 wurde die Lithotripsie in getrennten kurzen Sitzungen ohne Narkose ausgeführt, seitdem nach Bigelow einzeitig und in Narkose. Ein Patient mufste 12 mal lithotripsiert werden. Die Gesamtmortalität betrug 6 Fälle = 8,221 %.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. Höhe.

Vesical calculus resembling cancer. Von Dickey. (British Med. Journ. 1899, 9. Dez.)

Die 50jährige Kranke litt seit Jahren an heftigen Schmerzen in der Blasengegend; eine Cystitis war nicht vorhanden, ein Stein mit der Sonde nicht nachweisbar. Von der Vagina aus war ein harter zur Blase gehöriger Körper fühlbar. Man nahm ein Karcinom an; ehe es zur Operation kam, entleerte die Frau spontan einen hühnereigrofsen Stein. Sämtliche Beschwerden schwanden hierauf. Dreysel-Leipzig.

Suprapubic cystotomy for the removal of a large encysted calculus containing a hairpin. Von L. W. Swope. (Amer. Journ. of Obstetrics 1899, Nov.)

Die Kranke S.s hatte sich vor 15 Monaten in die Harnröhre eine Haarnadel eingeführt; diese war ihr entschlüpft, in die Blase geraten und hatte

dort zur Bildung eines grofsen Phosphatsteines Anlafs gegeben. Nach Eröffnung der Blase von der Regio suprapubica aus entfernte S. den Stein.

Dreysel-Leipzig.

Cystostomie sus-pubienne pour septicémie urinaire des plus graves d'origine prostatique; guérison. Von Garrel. (Gaz. des Hôp. 24. Août 1899.)

Bei einem 70jährigen Prostatiker, welcher seit einem Jahre an Urinbeschwerden litt, war 12 Tage vor der Spitalsaufnahme akute Retention aufgetreten, so dafs er katheterisiert werden mufste. Bald darauf stellte sich Fieber ein und da auch der Katheterismus von Tag zu Tag schwieriger wurde, erfolgte die Spitalsaufnahme. Da der Pat. durch 24 Stunden keinen Urin gelassen hatte, fand sich die Blase stark distendiert. Durch Katheterismus entleerte man trüben, fötid riechenden Urin. Der Allgemeinzustand war sehr schlecht; es bestand hohes Fieber und heftige Delirien, so dafs man sich, da aufserdem der Katheterismus enorm schwierig war, zur Vornahme der Epicystotomie entschlofs. Während nach der Operation die Temperatur rasch sank, blieben die Delirien noch durch eine Woche bestehen; dann unter Behandlung mit Kaliumpermanganatspülungen rasche Besserung, so dafs der Kranke nach Ablauf der 3. Woche entlassen werden konnte.

von Hofmann-Wien.

Tuberculous disease of the urinary apparatus. Von J. M. Gill. (Med. News 1900, 21. April.)

G. führt 4 Fälle von Tuberkulose der Harnorgane an, vor allem, um den bisweilen aufserordentlich verschiedenen Verlauf der Krankheit und die grofsen Schwierigkeiten, die sich unter Umständen bei der Diagnose ergeben, näher zu illustrieren. Seine Schlufsfolgerungen lauten: Die Tuberkulose der Harnorgane ist eine häufige Affektion; ihr Verlauf ist ein ebenso wechselnder wie der bei anderen Organen, rasch zum Tode führend, oder auch sich über viele Jahre erstreckend. Eine sichere Diagnose ist nur durch bakteriologische Untersuchung möglich, eine genaue Bestimmung des Sitzes der Erkrankung auch dadurch nicht immer zu erreichen. Die Heredität spielt eine gröfsere Rolle als bei der Lungentuberkulose; eben Erwachsene werden am häufigsten befallen.

Dreysel-Leipzig.

Beitrag zur Tuberkulose des Urogenital-Apparates. Von Weber. (Berl. klin. Woch. 1900, Nr. 2.)

Der 31jährige Kranke litt seit 7 Jahren an Blasenbeschwerden. Die Harnröhre war in ihrer ganzen Länge schwielig verdickt, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, tuberkulös verändert, und selbst für filiforme Bougies unpassierbar. Nach der Boutonnière liefs sich mit dem Finger in der Prostata eine wallnufsgrofse Höhle konstatieren, die mit der Blase in Kommunikation stand. 8 Tage nach der Operation trat der Tod ein.

Sektionsbefund: Die rechte Niere war in eine trockene Käsemasse umgewandelt, der rechte Ureter im oberen Teile oliteriert. Blase und Prostata wiesen hochgradige Zerstörungen auf; das Lumen der ersteren war nur etwa

wallnufsgrofs. An der linken Niere fand sich frische Pyelitis und Pyelonephritis. Der ganze Prozefs war wahrscheinlich von der rechten Niere ausgegangen. Dreysel-Leipzig.

Dilatation des uretères consécutive à une paramétrite ancienne. Von Deschamps. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. Mai 1900.)

Eine 43jährige Patientin kommt wegen Urinverhaltung in das Spital. 16 Jahre alt war sie wegen eines „Nervenleidens" in der Charcotschen Klinik; Näheres nicht zu erfahren, doch macht sie den Eindruck einer Paralytikerin. Schmerzen bei und nach dem Urinieren bestehen angeblich seit 4 Monaten, Urinmenge sehr spärlich, jetzt seit 8 Tagen angeblich nicht mehr Urin gelassen. Hat mehrmals geboren, war nie genitalkrank. Blase scheint nicht vergröfsert, der Katheter entleert wenige Gramm eiterigen hochgestellten Urins. Nachts nach der Aufnahme exit. let.

Obduktionsbefund: Die Nieren höckerig, auf der Oberfläche zahlreiche Cysten. Die Schnittfläche zeigt das Bild einer Schrumpfniere, die Rindensubstanz ist verdünnt, die Pyramiden sind zerkleinert, die Gefäfse klaffend. Die rechte Niere ist im ganzen kleiner. Die Ureteren sind beträchtlich erweitert, rechts von 3,5 cm, links von 1,5 cm Umfang, zeigen nirgends ein Zeichen von Entzündung. Die Erweiterung der Ureteren ist durch straffes Narbengewebe verursacht, das vom Lig. lat. und dem Douglas ausgeht. Der bindegewebige Strang ist rechts wie links 4—5 cm lang. Die Ureteren sind von der Blase aus rechts mit einem Bougie Nr. 2 vollständig durchgängig, links blofs bis auf 5 cm entrierbar, doch durchaus undurchgängig; eine Torsion des linken Ureters in seinem oberen Teil ist aber diesbezüglich ohne Belang, weil die Dilatation sich oberhalb derselben befindet.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

The best method for obtaining urine direct from the ureters for diagnostic purposes. Von E. T. Brown. (Amer. Assoc. of Genitourinary surgeons 1900, 1.—3. Mai.)

Ein brauchbarer Ureterenkatheter mufs folgende Eigenschaften haben: Er mufs sich bei beiden Geschlechtern verwenden lassen; die Anwendung mufs möglichst wenig unangenehm für den Kranken sein und darf keine nachteiligen Folgen haben. Der Urin mufs sich von jeder Niere gesondert auffangen lassen; die Technik mufs eine einfache sein. B. bespricht von diesem Gesichtspunkte aus das Kellysche und Harrissche Instrument, sowie das Ureterencystoskop hebt ihre Vor- und Nachteile hervor und kommt zu dem Schlusse, dafs das Ureterencystoskop den Vorzug verdiene.

Dreysel-Leipzig.

Differential diagnosis of circumscribed lesions of the upper, middle and lower parts of the ureter. Von J. P. Bryson. (Amer. Assoc. of Genitourinary Surgeons 1900, 1.—3. Mai.)

Zur genaueren Bestimmung des Sitzes von Ureterenaffektionen nimmt B. vorwiegend die subjektiven Symptome zur Hilfe: Bei Irritation des Nierenbeckens und des oberen Teiles des Ureters werden die Erscheinungen



von den Kranken auf die Niere bezogen. Ist das mittlere Drittel des Harnleiters affiziert, dann ist der Genitocuralnerv in Mitleidenschaft gezogen. Bei Krankheiten des unteren Drittels besteht häufiges Urinlassen, aber kein Blasentenesmus. Cabot bemerkt in der Diskussion, dafs man sich bei der Diagnose mehr auf den objektiven Befund am Ureter als auf die subjektiven Symptome verlassen solle, da letztere leicht zu Täuschungen Anlafs geben können.

Dreysel-Leipzig.

The technik of the positive and negative diagnosis of ureteral and renal calculi by the aid of the Röntgen-rays. Von Cl. L. Leonard. (Annals of Surgery 1900, Febr.)

L. glaubt, dafs man mit Hilfe der Röntgen-Strahlen stets mit Sicherheit eine positive oder negative Diagnose der Ureteren- oder Nierensteine stellen könne. Der Vorteil der Methode besteht vor allem darin, dafs eine genaue Diagnose frühzeitig möglich ist, dafs also operiert werden kann, ehe es zu ausgedehnteren Zerstörungen von Nierengewebe gekommen ist. L. giebt Vorschriften über die Technik und führt 54 Fälle an, bei denen er das Verfahren angewendet hatte. Dreysel-Leipzig.

Nephro-ureterectomy for traumatic haemato-hydro-nephro-ureterosis. Von J. H. Summers. (Med. Record 1899, 29. Juli.)

S. hat bei einer durch Trauma verursachten Blutung im Nierenbecken, rechte Niere und einen Teil des Ureters 3 Wochen nach dem Unfall exstirpiert. Die Niere war bereits in einen mit blutiger Flüssigkeit gefüllten Sack umgewandelt. Eine frühere Erkrankung schien weder nach der Krankengeschichte, noch nach dem Befund an der entfernten Niere wahrscheinlich, so dass also die völlige Atrophie des Organes innerhalb drei Wochen erfolgt war. Dreysel-Leipzig.

4. Erkrankungen der Prostata.

Value of prostatic examination. Von Leeland Boogher. (The Med. Mirror. St. Louis. Nach einem im Oktober 1899 gehaltenen Vortrage.)

Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs vielen Fällen von Lumbago, Neurasthenie etc. Krankheiten der Prostata zu Grunde liegen und fordert daher auf, Untersuchungen dieses Organes häufiger vorzunehmen, als dies bis jetzt üblich war. L. B. bringt als Beleg für diese Ansicht mehrere Fälle, wo es ihm gelang, nachdem die Vorsteherdrüse als erkrankt erkannt worden war, Lumbago etc. durch passende Behandlung dieses Organes zu heilen, während früher das Leiden jeglicher Therapie getrotzt hatte.

v. Hofmann-Wien.

Über Steine der Prostata. Von Kreps. (Petersburg. med. Woch. 1900, Nr. 2.)

Der 18jährige Kranke K.s litt an Schmerzen beim Urinieren, starkem Harndrang und Incontinentia urinae. Der Urin hatte alkalische Reaktion und enthielt reichlich Eiter. Die Prostata war vergröfsert, hart und sehr

druckempfindlich. Mit der Steinsonde liefs sich am Blaseneingang ein Stein konstatieren. Durch die Sectio mediana entfernte K. einen sanduhrenförmigen Stein, der sich zum kleineren Teil in der Blase, zum gröfseren in der Prostata befand. Der Stein wog 22 gr und bestand aus Harnsäure, phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, harnsaurem Ammoniak und Magnesia. Die Perinealwunde verheilte rasch und vollständig; die Erscheinungen schwanden bis auf einen geringen Katarrh der Pars post. der Harnröhre vollständig.

Dreysel-Leipzig.

5. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Zur Kenntnis des Spermas; die krystallinischen Bildungen des männlichen Genitaltractus. Von T. Cohn. (Centralbl. f. allgem. Path. Bd. X, pg. 940.)

C. hat in 26 von Leichen und in 5 von Lebenden entnommenen Hoden niemals Charcot'sche oder Böttchersche Krystalle finden können. Auch in den Nebenhoden und Samenblasen fanden sich diese Krystalle nie. In allen den genannten Organen jedoch liefsen sich Lubarchsche Krystalle nachweisen. Da die Prostata, eventuell nach Zusatz von Ammonphosphat, die Spermakrystalle fast stets liefert so muss dieses Organ an der Bildung der Spermakrystalle im Ejakulate den Hauptanteil haben. Hoden und Nebenhoden liefern wahrscheinlich nur die nötige Phosphorsäure.

Dreysel-Leipzig.

Adhérence du coecum et du canal déférent. Von Célos. (Bullet. et mémoires de la société anatomique de Paris. März 1900.)

Bei einem 75jährigen Greise, der an interstitieller Nephritis gestorben war, fanden sich gelegentlich der Obduktion ausgedehnte Verwachsungen der äufseren unteren Wand des Coecums mit dem rechten Samenstrang; der Processus vermiformis war obliteriert. In der Anamnese wies nichts auf eine überstandene Appendicitis hin. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Hématocèle vaginale et gros kyste hématique concomitant. Von A. Mesnard. (Bullet. et mém. de la société anatomique de Paris. April 1900.)

Ein 23jähriger kräftiger Aufseher rutscht am 31. März beim Schieben eines Handkarrens aus und wird ohnmächtig. Beim Erwachen heftige Schmerzen im Hodensack, die Schmerzen lassen nach, es bildet sich eine allmählich wachsende Geschwulst in der rechten Hodensackhälfte. Verrichtet seine Beschäftigung weiter. 20. April Spitalaufnahme: 15 cm lange wurstförmige Geschwulst von 10 cm Umfang, im oberen Drittel abgeknickt, wird als Hoden aufgefafst, über dem eine Cyste des Nebenhodens liegt, wie sie manchmal durch Trauma entstehen; letztere ist nicht durchsichtig. Gegen eine Hämatocele sprach die scheinbare Abgrenzbarkeit des Hodens. Die am 25. April vorgenommene Operation ergab: die scheinbare Cyste waren der Hoden und Nebenhoden, in eine Hämatocele gebettet, darunter, als Hoden

angesprochen, zeigte sich eine kleine, freie, isolierte Cyste. Der Mann stammte aus einer Bluterfamilie, ist selbst Hämophile und blutet jetzt, 14 Tage nach der Operation, noch bei jedem Verbandwechsel.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Treatment of hydrocele. Von N. Corri. (Cleveland Med. Gaz. 1900, März.)

Verf. empfiehlt bei der Behandlung der Hydrocele die zuerst von Inathrociocchi angegebene Methode: Nach der Punktion wird durch die Kanüle ein ca. 8 Zoll langes Katgutstück eingeführt. Die dadurch bedingte mechanische Reizung bewirkt Adhäsion der serösen Oberflächen. Zur stärkeren Wirkung tränkt man das Katgutstück mit Ferrum perchlor. Eine Heilung erfolgt meist mit Sicherheit. Der Kranke kann während der Behandlung seiner Beschäftigung nachgehen. Dreysel-Leipzig.

Epididymitis. Von H. M. Christian. (Therapeutic Gaz. 1900, 15. März.)

Bei der Behandlung der Epididymitis verfährt Verf. folgendermafsen: Er appliziert Blutegel am Samenstrang der affizierten Seite und verordnet während 24 Stunden bei Bettruhe feuchte Wärme. Die weitere Behandlung kann eine ambulante sein; das Guajacol als 20 % Salbe ist zunächst am wirksamsten. Nach 6 Tagen kommt eine Salbe zur Anwendung, die aus Ungt. Hydr., Ungt. Belladonnae, Ichthyol und Lanolin zu gleichen Teilen besteht. Nach 2—3 Wochen ist der Nebenhoden wieder vollständig zur Norm zurückgekehrt. Dreysel-Leipzig.

Deux faits de chirurgie testiculaire: 1. nevralgie du cordon traitée avec succès par la reséction de ses nerfs; 2. epilepsie avec aura, au niveau d'un névrome du cordon; ablation. Von A. Chipault. (La Presse Méd. Nr. 42, 26. Mai 1900.)

Fall 1 betrifft einen 32jährigen Mann, der, 22 Jahre alt, eine leichte Gonorrhoe der Pars ant. überstanden hatte; 25 Jahre alt, traten die ersten Schmerzen im linken Samenstrang auf, die vom Nebenhoden ausgehen, der hinsichtlich Form und Konsistenz sich normal zeigt. Bestimmt auszuschliefsen sind: Hysterie, Epilepsie, Tabes, Varicocele, Urethrit. post. Die vor 4½ Monaten vorgenommene Resektion des Samenstranges bewirkte eine vorübergehende Anästhesie des Hodensackes; im übrigen rapide Besserung, u. a. Gewichtszunahme von 17 Kilo. Fall 2 betrifft einen 29jährigen Mann, der, 4 Jahre alt, zum erstenmal einen epileptischen Anfall während eines forcierten Descens. testiculor. zeigte. Seit dieser Zeit Bewufstseinsverlust und Anfälle mit Schmerzensäufserungen während der Aura, verbunden mit linksseitigem Hodentanz. Schon Berühren des Samenstranges löst Anfälle aus. Keine Spur von Hysterie. Gewebssaftbehandlung ohne Erfolg. In den letzten 6 Monaten entwickelt sich eine spindelförmige Geschwulst des Samenstranges, dessen Betasten Aura hervorruft. Die entfernte Geschwulst erweist sich als ein Neurom, das von der Narbe ausgeht. Therapeutischer Erfolg bei der Kürze der Zeit noch nicht spruchreif. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sarkom des Hodens bei einem Kinde. Metastasen im Gehirn und Rückenmark. Von Landau. (Klin.-therap. Woch. 1900, Nr. 2.)

Der $6^1/_2$jährige blasse, abgemagerte Knabe hatte einen hochgradig veränderten linken Hoden. Dieser war hart, nicht schmerzhaft, die Haut über ihm cyanotisch verfärbt. Die auf Sarkom des Hodens gestellte Diagnose ward durch die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Hodens bestätigt. Einige Wochen nach der Operation erkrankte der Knabe an Erscheinungen, die auf Metastasen im Gehirn und Rückenmark hindeuteten, und starb nach zwei Monaten. Dreysel-Leipzig.

Lymphadénome du testicule. Von Souligoux et Fossard. (La Presse Méd. Nr. 47. 13. Juni 1900.)

Demonstration eines Präparates: Hoden und Nebenhoden sind in ein weifsliches, speckiges Gewebe gebettet, das sich mikroskopisch deutlich netzförmig zeigt. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Kastration oder Resektion des Nebenhodens bei Epididymitis tuberculosa? Von Dr. Otto Lanz, Bern. (Zeitschr. f. Chir. 55. Bd., 5. u. 6. H.)

Verf. weist an der Hand zweier Beobachtungen darauf hin, wie schwierig es ist, bei Epididymitis tuberculosa zu entscheiden, ob eine Mitbeteiligung des Hodens an der Erkrankung vorhanden ist.

In dem ersten Falle, einem 15jährigen Knaben, machte L. zum erstenmale eine Resectio testis in der Weise, dafs er zuerst die Resektion der ganzen Epididymis und des erreichbaren Teiles des Vas def. vornahm und dann den Hoden median spaltete, gleichwie man eine Niere bei der Sektion spaltet. Da in der Hodensubstanz nichts zu entdecken war, was Verdacht erweckt hätte, wurde die Tunica albuginea mit einer fortlaufenden Katgutnaht geschlossen. $1^1/_2$ Jahre später wurde die andauernde Heilung konstatiert. In dem zweiten Falle schienen nach Freilegung des Hodens dieselben Verhältnisse vorzuliegen, wie in dem vorigen. Der Nebenhoden war tuberkulös verändert, der Hoden erschien in jeder Hinsicht normal; als letzterer jedoch nach Resektion der Epididymis aufgeschnitten wurde, zeigten sich auf der Schnittfläche zahlreiche Tuberkelknötchen; es mufste die Kastration angeschlossen werden.

Der eben mitgeteilte Fall beweist, dafs der Hoden schon ganz im Beginn der Erkrankung ergriffen, und dafs es ganz unmöglich sein kann, seine Mitbeteiligung auszuschliefsen.

Verf. hält daher die partiellen Operationsverfahren nicht für rationell, wenn nicht der Resektion der Epididymis eine Autopsie des Hodens hinzugefügt wird. S. Jacoby-Berlin.

6. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

De la chirurgie à ciel ouvert. Von Prof. Poncet (Lyon). Diese Festrede, gehalten auf dem XIII. chirurg. Kongrefs in Paris 1899, giebt einen Überblick über die chirurgischen Errungenschaften des zu Ende gehenden

Jahrhunderts und feiert die Triumphe der Antiseptik und Aseptik, der Verdienste der grofsen Meister aller Länder auf diesem Gebiete namentlich gedenkend. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Neue Harnröhreninstrumente. (Chirurgie-Mechanik, 31. März 1900.)

a) Dr. Bergers Katheterbehälter (Modell Union) besteht aus einem hufeisenförmigen Pappetui, welches ein gleichgeformtes, gut verschliefsbares Glasrohr und eine Tropfflasche für Glycerin enthält. Das Glasrohr wird mit einer 1‰ Sublimatglycerinwasserlösung gefüllt, welche man erneuert, sobald sie trübe geworden ist. Der Apparat kann seiner Kleinheit wegen bequem in der Tasche mitgeführt werden.

b) Sterilisateur Porgès. Den oberen Teil des Apparates bildet ein Glascylinder, welcher zur Aufnahme der zu sterilisierenden Instrumente dient. Der untere Teil ist eine Art Ofen, in welchem Methylalkoholdämpfe durch ein glühendes Platinnetz strömen und auf diese Weise Formaldehyd entwickelt wird, welches rasch in den oberen Teil des Apparates steigt. Die Sterilisation soll in einer Stunde vollendet sein.

von Hofmann-Wien.

Ein neues Meatotom. Von Bierhoff. (Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates. Bd. V. Nr. 2. 1900).

Den Hauptunterschied des Instrumentes dem Guyonschen gegenüber bildet eine Mafseinteilung, welche es ermöglicht, genau die Schrittgröfse zu messen und zu kontrollieren.

von Hofmann-Wien.

Beiträge zur Asepsis des Katheterismus. Von G. J. Müller. (Monatsber. über die Gesamtleistg. auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparates 1900, H. 4.)

Verf. bespricht kurz die Asepsis des Operationsfeldes und des Operateurs, ausführlicher die der hierbei in Betracht kommenden Instrumente. Metallinstrumente sind leicht durch Auskochen in Sodalösung zu sterilisieren; das nicht auskochbare Cystoskop wird am besten mit 5% Karbolsäure und darauf mit sterilem Wasser behandelt. Beim Sterilisieren der Gummi- und Lackinstrumente glaubt Verf. nur durch strömenden Dampf befriedigende Resultate erzielen zu können. Er zieht diese Methode der Formalinbehandlung vor und setzt die Gründe, die ihn zu dieser Ansicht gebracht haben, eingehend auseinander. Es folgt noch eine Beschreibung des von M. angegebenen Dampfsterilisators, der eine Vervollkommnung des Apparates vom Jahre 1898 darstellt. Dreysel-Leipzig.

Ein Beitrag zu den Dermoiden des Penis. Von Dr. M. Gerulanos, Kiel. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 55. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Der vom Verf. beobachtete und mikroskopisch genau untersuchte Fall gehört zu den sehr seltenen Dermoidcysten, die an der Unterfläche des Penis nahe dessen Raphe ihren Sitz haben. S. Jacoby-Berlin.

Reflex Neurosis from phimosis. Von Orton Edie. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 24. März.)

Verf. führt 5 Fälle an, bei denen neben langem, engem Präputium neurotische Erscheinungen verschiedener Art, Neurasthenie, Muskelschwäche, Urinretention, Atemnot, Geisteskrankheit vorhanden waren. Verf. fafst diese Erscheinungen als reflektorische, bedingt durch die Phimose, auf, denn nach Abtragung des Präputiums schwanden in allen Fällen die Symptome vollständig oder besserten sich wesentlich. Dreysel-Leipzig.

1. Duplicité de l'urètre. 2. Duplicité de la veine cave inférieure. (Bull. et mém. de la société anatomique de Paris. Febr. 1900.)

A. Guinard demonstriert im Auftrage Dr. Gorrons (med. de 1re classe de la marine)-Rochefort die beiden in der Überschrift genannten Präparate. Ersteres betrifft ein 18jähr. Mädchen, das an Bauchfelltuberkulose gestorben ist. Dasselbe wird, was noch nicht geschehen, vom embryogenitischen Standpunkt besprochen; letzteres, in seinem Vorkommen einige 30mal beschrieben, beurteilt Gorron im Gegensatz zu Poirier nicht als Verdopplung der ven. cav. inf., sondern als Entwicklungshemmung.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über Doppelbildung der Harnröhre. Von Löw. (Wiener med. Wochenschr. 1900, Nr. 28.)

Bei einem 28jährigen, an Gonorrhoe erkrankten Patienten zeigte sich folgender Befund. An der Spitze der Glans fanden sich übereinander, nur durch eine Schleimhautbrücke getrennt, zwei Ostien, ein kleineres oberes und ein gröfseres unteres. Die Bougierung des oberen Kanals ging anstandslos von statten; erst in einer Entfernung von $14^1/_2$ cm stiefs man auf Widerstand. Führte man in den oberen und unteren Kanal zu gleicher Zeit Metallsonden ein, so liefs sich an keiner Stelle eine Berührung dieser Instrumente konstatieren. Der Urin entleerte sich aus dem unteren Kanal und nur wenn man denselben verschloss, drangen einige Tropfen aus der oberen Öffnung. Injizierte man durch den oberen Gang unter mäfsigem Drucke Flüssigkeit, so drang dieselbe bis in die Blase. Endoskopisch konnte die Ausmündungsstelle des oberen Ganges auch bei gleichzeitiger Sondierung desselben nicht aufgefunden werden. Wurde zur Injektion Methylenblau verwendet, so zeigte sich bei der Endoskopie die Urethralschleimhaut in ihrem hintersten Anteil blau gefärbt. von Hofmann-Wien.

Incrustation du canal de l'urètre par des sels de chaux. Dissolution sur place. Dilatation. Von Guérison, Dupraz de Genève. (Archiv provincial de chirurgie. Nr. 6. 1. Juni 1900.)

Selbstbehandlung eines sehr schmerzhaften Trippers durch Einspritzen von Kalk mit warmem Wasser (8 Monate lang) beseitigte die Schmerzen, doch das Urinieren wird fast unmöglich, die Schmerzhaftigkeit der Erektionen fast unerträglich, Nr. 9 Charr. ist eben noch einführbar. Mucosa höckerig. Die erfolgreiche Behandlung wurde in 13 Sitzungen unter vorheriger Einführung allmählich steigender Beniquésonden und darauffolgenden Einspritzungen einer $1^0/_{00}$ Salzsäurelösung zur Lösung der Kalkkrusten ausgeführt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Ein Fall von Harnröhrenreizung bei äufserlicher Anwendung der Kantharidentinktur. Von Jlyin. (Klin. therap. Woch., 1900, Nr. 3.)

Der Kranke klagte über Schmerzen und Jucken beim Urinieren, leichten Harndrang und schleimige Sekretion aus der Harnröhre. Seit drei Wochen wandte er als Haarmittel eine 5 % spirituöse Lösung von Kantharidentinktur an. Da sich eine andere Ursache für die Urethritis nicht finden liefs, so glaubt J. die Kantharidentinktur hierfür verantwortlich machen zu sollen. Auffallend dabei ist, dafs die Nieren von der Reizung ganz verschont blieben. Nach Aussetzen der Pinselungen schwanden die Beschwerden innerhalb $1^1/_2$ Wochen. Dreysel-Leipzig.

Über Pikrinsäureinstillationen bei der chronischen Urethritis. Von Rocca. (Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle, 1900, Heft 1 und 2.)

Die Pikrinsäure findet in den Fällen ihre Indikation, wo der Gonokokkus aus dem Urethralsekret bereits verschwunden ist. Es werden mittelst Guyonscher Spritze ca. 1—4 cm einer 1—2 procentigen Pikrinsäurelösung in die Harnröhre injiciert. Es wird blofs ein kurzdauerndes, sehr erträgliches Brennen empfunden. Contraindiciert ist die Pikrinsäure in akuten Fällen und den Exacerbationen einer chronischen Urethritis. Federer-Teplitz.

Suprarenal extract in the urethra. Von J. A. Moore. (New York County Med. Soc. 1900, 26. Febr.)

Eine 10 % Lösung von Nebennierenextrakt in die Harnröhre injiciert, bewirkt Verminderung der Kongestion und Irritabilität und verhütet die Gefahr einer Blutung. Der Erfolg hält jedoch nicht lange an; man mufs diese Injektion daher öfter wiederholen. Ein Nachteil für den Organismus oder die Harnröhre entsteht durch dieselben nicht. M. hat Injektionen von Nebennierenextrakt bei akuter Gonorrhoe angewandt und erzielte mit ihnen ein Schwinden des Schmerzes. Dreysel-Leipzig.

Les injéctions uretrales de cocaine dans les rétentions d'urine d'origine spasmodique. Von Romme. (La Presse Méd. Nr. 51. 27. Juni 1900.)

Verf. bespricht das jüngst von Martel, dem Chirurgen am Hôtel Dieu zu St. Etienne, veröffentlichte Verfahren bei Schwierigkeiten die Blase zu entleeren, aus welchem Grunde es immer sei, bevor man zum Katheter greift, eventuell nach Anwendung von Kataplasmen, warmen Einläufen, einem Bade u. dergl., 6—7 ccm einer 2 % Kokainlösung in die Harnröhre einzuspritzen und 1—2 Minuten lang nach dem Bulbus zu verreiben, dann die Flüssigkeit herauszulassen; wenige Minuten bis $^1/_4$ Stunde später pflegt das Urinieren zu gelingen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

External urethrotomy. Von R. Harrison. (Lancet 1900, 17. März.)

Nach H. ist die externe Urethrotomie indiziert: Bei allen recidivierenden, rasch sich verengernden Strikturen; bei allen Wunden der Harnröhre, bei denen die Drainage eine zur Heilung ungenügende ist; bei Strikturen

mit Urinfisteln oder mit Urinextravasation, bei allen Fällen, wo durch irgendwelche Manipulationen in der Harnröhre bedrohliche Erscheinungen, Urinretention etc. hervorgerufen sind. Wichtig bei der Operation selbst ist folgendes: Die Anwendung eines in die Harnröhre eingeführten Leitbougies, vorausgehende, interne Urethrotomie, Sorge für freien Abflufs des Urines, ausgiebige Drainage der Wunde. Droysel-Leipzig.

Lepra des männlichen Geschlechtsapparates. Von Dr. Glück. (Arch. f. Dermatol. und Syphilis, Bd. LII Heft 2.)

Die Lepra tritt am Genitale des Mannes unter zwei verschiedenen, oft gleichzeitig vorkommenden Typen auf und zwar, entweder als totale oder partielle Wachstumshemmung oder als specifische Neubildung. Im ersteren Falle sind die Veränderungen als Folge des Allgemeinleidens, im letzteren als Wirkung des Krankheitserregers aufzufassen. Die Wachstumshemmungen werden nur bei solchen Kranken nachgewiesen, die bereits vor oder zur Zeit der Pubertät leprös wurden. In diesem Falle bleibt entweder das ganze Genitale pueril oder die Hemmung beschränkt sich auf die Hoden allein, selten nur auf den Penis. Auch zeigt die Lepra eine atrophisierende Wirkung neben der wachstumhemmenden. Es sind ausschliefslich die Hoden, welche dem deletären Einflusse der Krankheit in Form des Schwundes unterliegen.

Ob die Hodenatrophie auf die Wirkung der Lepra als Allgemeinleiden zurückzuführen oder als Folge vorangegangener specifisch entzündlicher lokaler Vorgänge anzusehen ist, kann man noch nicht mit Bestimmtheit sagen. Die leprösen Veränderungen am Penis treten auf als Knoten und als flache Infiltrate. Die ersteren sind bis linsengrofs, von wechselnder Färbung und verschiedener Anordnung.

Geschwüriger Zerfall kommt seltener vor. Die Infiltrate kommen nach den bisherigen Erfahrungen nur an der Glans vor und zerfallen gewöhnlich. Sitzt ein solches Infiltrat an der Urethralmündung, so kommt es, wenn das zerfallene Infiltrat verheilt, durch die Narbe zu einer Verengerung der Urethralmündung. Im Sulcus coronarius und am inneren Vorhautblatt wurden bisher lepröse Veränderungen nicht beobachtet. Am Skrotum bilden die vordere und untere Fläche die Prädilektionsstellen der leprösen Veränderungen, die Seiten- und die Hinterfläche bleiben gewöhnlich frei.

Die lepröse Affektion der Hoden tritt als Orchitis leprosa in Erscheinung, oder als oberflächliche Knotenbildung bei Intaktsein der Drüse.

Die Orchitis leprosa kommt selten vor, auf einem oder beiden Hoden, verursacht geringe subjektive Beschwerden und zeigt einen lentescierenden Verlauf. Die Epididymitis leprosa tritt noch seltener auf und verursacht nur während der Eruption Schmerzen. Deferenitis kam nur in einem Falle zur Beobachtung, wobei der Samenstrang in seiner ganzen Länge derb anzufühlen war.

Tritt die Erkrankung des Geschlechtsapparates vor oder während der Pubertät auf, so reifen die Kranken geschlechtlich überhaupt nicht aus.

Federer-Teplitz.

7. Gonorrhoe.

Eine sichere und einfache Methode der Gonokokkenzüchtung. Von Dr. Max von Niessen-Wiesbaden. (Aus „Beiträge zur Syphilisforschung I.“)

Der durch sein eifriges Bemühen auf dem Gebiete der Syphilisforschung schon weltbekannte Dr. von Niessen hat nun auch den Gonococcus zum Gegenstand seiner Versuche gemacht. Entgegen allen bisher festgestellten Beobachtungen, stellt er die Behauptung auf, dafs die Gram-Nikollesche Färbung einen positiven Befund ergäbe, man dürfe nur die Alkoholentfärbung nicht zu lange einwirken lassen. Die Züchtung des Gonococcus gelingt nach seiner Beobachtung gut und sicher auf und in gewöhnlicher Nährgelatine; Zusatz von Plasmon zur Gelatine bewirke üppigeres Gedeihen mit Generationswechsel. Die eigentliche Gonokokkenform fafst v. N. als Fruchtzellenstadium eines höher organisierten Myceten auf. Dem deutschen Text ist eine Übersetzung ins Französische von Mme. von Niessen beigefügt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über die Lagerung der Gonokokken im Trippersekret. Von Alfred Lanz, Moskau. (Archiv für Dermat. und Syphilis Bd. LII Heft 1.)

Wird das Sekret durch stärkeres Ausdrücken gewonnen, so erhält man stets extracelluläre Gonokokkengruppen. Dieses wird immer der Fall sein, wenn das Sekret gering ist, also im Beginn und im Endstadium einer akuten Blennorrhoe oder kurz nach dem Urinieren. Eine Trennung auf Grund mikroskopischer Untersuchung in zwei Kategorien, in eine mit intracellulärer und eine zweite mit extracellulärer Gonokokkenlagerung entspricht nicht den Thatsachen. (Wer wollte denn so einteilen? Ref.) Die Lagerung der Gonokokken kann die Behandlung nicht beeinflussen.

Federer-Teplitz.

Eine neue urethrale Instillationsspritze. Von Angus Mc Lean-Detroit. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, April 1900.)

Diese hat den Zweck, ein geeignetes Quantum einer Cocaïnlösung an eine empfindliche Stelle der Harnröhre zu bringen, um das Sondieren oder das Injizieren starker Lösungen schmerzlos zu machen. Die Spritze läfst sich leicht desinfizieren und zeigt sonst keine hervorragenden Vorteile.

Federer-Teplitz.

100 Fälle von Urethritis gonorrhoica acuta mit Protargol als Abortivum behandelt. Von Ahlström. (Die Heilkunde 1900, Nr. 4.)

A. läfst in den ersten 4—5 Tagen nach der Infektion täglich 2 Injektionen von 5—10 gr einer 2—4% Protargollösung, dann 1—2 Injektionen einer 1—2% Lösung vornehmen. Die Flüssigkeit soll 5—10 Minuten in der Harnröhre verbleiben. Brennen nach den Einspritzungen tritt nur unbedeutend auf. Von den 100 Fällen war das Resultat nur bei 13 ein negatives. Nach A. ist das Protargol das beste Abortivmittel bei Gonorrhoe, das zeitig genug angewandt, fast stets günstige Resultate ergiebt. Dreysel-Leipzig.

Urètrite blennorrhagique avec folliculites à gonocoques. Von Baudouin et Gaston. (La Presse Méd. Nr. 50. 23. Juni 1900.)

Vorstellung eines Kranken, der im Verlauf einer Gonorrhoe an der unteren Seite des Penis Follikulitiden bekam, deren Inhalt wie der der Harnröhre Gonokokkenreinkulturen aufwiesen. Brocq bezweifelt die Echtheit, auf eine Erfahrung Lenglets sich berufend, der bei Weibern ganz wie Gonokokken aussehende Diplokokken fand, welche jedoch die Gramsche Färbung annahmen und sich kulturell als Staphylokokken erwiesen. Gaston bestätigt das häufige Vorkommen dieses Pseudogonokokken bei Gonorrhoeen und weist in diagnostischer und prognostischer Hinsicht darauf hin, dafs es nicht minder wichtig ist, die histologischen Veränderungen zu verfolgen. Fibrin findet sich vorzüglich bei akuten und subakuten Formen, Epithel bei älteren und chronischen Katarrhen, Leukocyten bei Anfangsformen und Rezidiven. G. und Warroux haben die Wachstumsverhältnisse dieser Pseudogonokokken in den eiterigen Hauterkrankungen verfolgt, welche bei Gonorrhoe vorzukommen pflegen.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Prophylaxis and treatment of Gonorrhoea. Von J. A. O'Neill. (Med. Record 1900, 24. März.)

Dem innerlichen Gebrauch von Medikamenten wird im allgemeinen kein grofser Wert bei der Behandlung der Gonorrhoe zugeschrieben. Nach den Erfahrungen des Verf. wirkt Methylenblau jedoch sehr günstig. Am besten wird es in Kapseln zu 0.06 4mal täglich verordnet; Zusatz von einem Tropfen Muskatnufsöl und zwei Tropfen Sandelholzöl verhindert das Auftreten gastrischer Störungen. Ein längerer Gebrauch als 8 bis 10 Tage ist meist nicht nötig. Das Methylenblau kommt auch als Prophylaktikum nach suspektem Coitus in Betracht.

Dreysel-Leipzig.

Einige Erfahrungen und Betrachtungen über Gonorrhoebehandlung. Von L. Casper. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 22.)

Zweck dieses in der Berliner dermatol. Gesellsch. gehaltenen Vortrages ist es, nicht neue Mittel gegen die Gonorrhoe zu empfehlen, sondern die in 15jähriger Praxis gemachten eigenen und die Erfahrungen anderer mitzuteilen. Eine Panacee gegen die Gonorrhoe giebt es bis jetzt nicht; der unkomplizierte Tripper ist keine gefährliche Krankheit, wohl aber der komplizierte, und da Komplikationen häufig durch unzweckmäfsige Therapie herbeigeführt werden, so ist jede Therapie zunächst dementsprechend einzurichten. Deshalb ist C. gegen jede Abortivmethode, da er nie Nutzen, häufig aber Schaden, wie Lymphangitis, Cystitis, Epididymitis, Prostatitis etc. davon gesehen. Einführung von Instrumenten ist, solange floridor Ausflufs besteht, kontraindiziert, aufser etwa bei Harnverhaltung. Auch reizende Einspritzungen, z. B. Argent. nitr., sind während des akuten Entzündungsstadiums zu vermeiden; am besten hat sich C. das Thallin in 1 $^0/_0$ Lösung, 6—8mal pro die, bewährt, daneben Diät, Ruhe, Balsamica, Diurese (6—8 Liter Flüssigkeit, Wasser, Fachinger, Milch). Im reizlosen Stadium sind Silbersalze, vor allem Arg. nitr. $^1/_{10000}$—$^1/_{4000}$, event. Protargol $^1/_4{}^0/_0$—1 $^0/_0$, jedoch immer umschichtig

mit einem Adstringens zu injizieren. — Tritt zu der Gonorrhoe eine Cystitis, so sind zunächst Ruhe, blande Diät, Balsamica und Diurese indiziert; wenn so keine Heilung eintritt, wird die Urethra poster. und Blase mit Katheter (Diday, Ultzmann) durchgespült, doch soll hiermit nicht zu zeitig begonnen werden. — Was die chronische Gonorrhoe anbetrifft, so ist dieselbe, wenn der Prozeſs in den oberflächlichen Schichten der Mucosa sitzt, durch Guyonsche Einspritzungen oder Janetsche Spülungen oder durch Kombination beider ziemlich schnell zu heilen; schwer heilbar ist sie, wenn entweder Infiltrate der Urethraldrüsen und gröſserer Partien der Urethralschleimhaut oder Entzündungen der Genitaldrüsen, besonders der Prostata vorhanden sind. Die ersteren sind viel seltener als die letzteren, wofür auch die relative Seltenheit der Strikturen spricht, zu denen diese Prozesse gewöhnlich führen.

Therapie der ersteren Form: Bougieren, Dehnungen, eventuell lokale Urethrotomien, mit Einspritzungen und Eingieſsungen kombiniert. Bei der zweiten Form, die nach den Erfahrungen des Verf. 85% der chronischen Fälle ausmachen, muſs die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung des Sekrets gemacht werden. Von medikamentöser Behandlung dieser Form hat Verf. keine Erfolge gesehen, nur systematische Massage der Prostata mit häufigen Spülungen führen eventuell zum Ziel.

Eine Reihe dieser Fälle und solcher von infiltrierender Urethritis trotzt aller Behandlung; bei diesen ist maſsgebend, ob sie infektiös sind oder nicht, d. h. ob Gonokokken vorhanden sind, denn andere Bakterien infizieren nicht. Der Nachweis geschieht mittelst des provokatorischen Verfahrens, und zwar ist erst einen Tag nach der Anwendung zu untersuchen, da die Gonokokken nicht früher erscheinen. Sind solche vorhanden, was nach den Erfahrungen C.s nur in einer kleinen Anzahl der Fall ist, so muſs mit der Behandlung noch fortgefahren werden. In den anderen Fällen sind die Filamente zu untersuchen, und zwar am Tage, nicht morgens, da in der Nacht sich allerlei Sekrete beimischen, die das Bild trüben. Wenn hier längere instrumentelle Behandlung erfolglos ist, so muſs man sich bescheiden, da diese gonokokkenfreien Filamente nichts schaden, dagegen allzu ausgedehnte Behandlung leicht Neurasthenie erzeugt. Paul Cohn-Berlin.

Vulvo-Vaginite chez une petite fille de 14. Ans. Annales des mal. des org. génito-urin., 1900, Nr. IV.)

Das Kind hatte — nicht defloriert — sich in einem Waisenhause wahrscheinlich durch ein Handtuch oder ähnliches gonorrhoisch infiziert, ohne daſs längere Zeit hindurch die Krankheit beachtet wurde. In ihrer Jugend hatte sie an Ohrenfluſs und multiplen Hautabscessen gelitten, die vermutlich tuberkulöser Natur waren, jedoch völlig heilten. Auch hereditäre Belastung ist wahrscheinlich. Es entwickelte sich eine Cystitis und Pyelitis mit reichlichem Gonokokkenbefund. Gegen letztere wurden subkutane Injektionen von Methylenblau gewendet, in der Hoffnung, daſs bei der Ausscheidung durch die Nieren eine ähnlich günstige Beeinflussung stattfinden würde, wie bei der lokalen Behandlung der männlichen Harnröhre. Thatsächlich soll auch ein Erfolg er-

zielt worden sein. Im weiteren Verlaufe entstand eine allgemeine Tuberkulose des Genitalapparates. Es ist interessant, wie offenbar die gonorrhoische Entzündung den Boden für den Tuberkelbacillus vorbereitete.

Koenig-Wiesbaden.

Klinische und bakteriologische Betrachtungen über den Abscess der Bartholinischen Drüsen. Von d'Amato. Bolletino delle malattie venece, sifilitiche e della pelle 1900, Nr. 4.)

Die Bartholinitis kann blennorrhoischen Ursprungs sein, ist es aber nicht in allen Fällen. Sie bildet eine Komplikation der Blennorrhoe beim Weibe, besonders der akuten, selten der chronischen. Bei letzterer entwickelt sich allmählich eine chronische Entzündung der Drüse, die zu einer Vergröſserung führt.

Im Eiter kommen Reinkulturen von Gonokokken vor oder auch in Gesellschaft mit anderen Mikroorganismen. Die beste Behandlung besteht in teilweiser Exstirpation der Drüse, Auskratzen der Höhle und Tamponade. Bei chronischen Fällen ist es gut, die ganze Drüse zu entfernen.

Federer-Teplitz.

Gonorrhoea in women. Von G. F. Shoemaker. (Therap. Gaz. 1899, Dez.)

S. bespricht die weibliche Gonorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Harnröhrengonorrhoe. Bei akutem Tripper ist Bettruhe notwendig, dazu häufige Waschungen der Vulva und Ausspülungen der Vagina mit antiseptischen Flüssigkeiten. Innerlich Salol oder Borsäure, sowie reichlicher Wassergenuſs. Mit Nachlaſs der Empfindlichkeit hat die lokale Behandlung der Harnröhre zu beginnen. S. wäscht die Urethra 2—3mal täglich aus und legt dann ein Jodoform- oder Bismuthstäbchen ein. Bei chronischer Gonorrhoe ist Arg. nitr., 1—5%, direkt auf die erkrankten Herde gebracht, am Platze. Werden Injektionen gebraucht, dann soll die Menge der Injektionsflüssigkeit nur eine mäſsige sein. Erkrankte Drüsen der Harnröhre müssen unter Umständen incidiert werden. Die Behandlung ist so lange fortzusetzen, als sich noch Gonokokken nachweisen lassen. Dreysel-Leipzig.

A critical summary of recent literature on Gonorrhoea in women. Von J. G. Clark. (Amer. Journ. of the Med. Sciences 1900, Jan.)

C. bespricht in seinem Aufsatze die Arbeiten von Bumm und anderen: Bei jungen weiblichen Individuen werden mehr die äuſseren Genitalien, vor allem die Harnröhre, ergriffen, während bei älteren Frauen Vaginalgewölbe und Cervix Lieblingssitze des gonorrhoischen Prozesses sind. Die Krankheit hat bei Frauen eine auſserordentlich groſse Tendenz, ins chronische Stadium überzugehen. Bei den experimentellen Versuchen Bummes betrug die Inkubationszeit 12 Stunden; nach 24 Stunden war die Krankheit schon voll entwickelt. Pathologisch anatomisch stellt die Gonorrhoe hauptsächlich eine Epithelerkrankung dar. In den Bartholinischen Drüsen führt der Prozeſs häufig zu einer Verschlieſsung der Ausführungsgänge und bildet auf diese Weise eitrige Retentionscysten. Daſs der Gonococcus auch ein reiner Eitererreger sein kann, will Bumm nicht in Abrede stellen, doch ist er der An-

sicht, dafs es sich bei der Mehrzahl dieser Eiterungen um eine Mischinfektion handele. Dreysel-Leipzig.

Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica. Von Kaufmann. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 1900.)

Verf. empfiehlt wärmstens als Therapie der gonorrhoischen Hodenentzündungen die Behandlung mit Umschlägen von heifsem Wasser. Mehrere Lagen hydrophiler Gaze oder Leinwand werden übereinander gelegt, mit möglichst heifsem Wasser getränkt und die erkrankte Partie damit umhüllt. Darüber Guttaperchapapier und Watte. Der Pat. trägt natürlich ein Suspensorium. Die Gaze resp. Leinwand soll, wenn möglich, alle 2 Stunden von neuem mit heifsem Wasser getränkt werden. Maceration der Haut wurde nur selten beobachtet. Die günstige Wirkung der Heifswasserbehandlung erklärt sich K. durch eine passive Hyperämisierung.

von Hofmann-Wien.

Un cas de rectite à gonocoques. Von Balzer et Alquier. (La Presse Méd. Nr. 50. 30. Juni 1900.)

Eine 31 jährige Frau, die seit 1 Jahr an Urethrit und Vaginit. gonorrh. leidet, bekommt seit 4 Monaten eine Exacerbation, die gelegentlich der Defäkation heftige, nach Lenden und Damm ausstrahlende Schmerzen mit sich bringt. Bald darauf trat Diarrhoe und eiteriger Ausflufs aus dem Darm auf. In dem Eiter des Rektums und in dem der Scheide wurden Gonokokken festgestellt. Ausspülungen mit hypermangansauren Lösungen und Ichthyolsuppositorien führten bald zur Heilung.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

The pathology of gonorrheal nephritis. Von B. Lewis. (Amer. Assoc. of Genitourinary surgeons 1900, 1.—3. Mai.)

Das von L. demonstrierte Präparat wies Veränderungen auf, die eine Kombination von akuter und chronischer interstitieller Nephritis darstellten. Im Eiter der Niere waren Gonokokken nachgewiesen worden. Eine gonorrhoische Infektion der Niere kann durch die Blut- und Lymphgefäfse, oder auch ascendierend von der Blase aus erfolgen.

Dreysel-Leipzig.

Gonorrheal endocarditis. Von Gabney und Harris. (Johns Hopkins Hosp. Med. Soc. 1900, 19. März.)

Der Fall betrifft eine Kranke, die 4 Tage nach der Entbindung von Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen befallen worden war. Es handelte sich um eine zum Tode führende puerperale Septicämie mit ulceröser Endocarditis. Bei der Autopsie fanden sich Wucherungen und Ulcerationen an der Tricuspidal- und Aortaklappe, in denen mikroskopisch und kulturell Gonokokken nachgewiesen werden konnten. Dreysel-Leipzig.

Iritis et névrite blennorrhagiques. Von Fromaget. (Annales de la policlinique de Bordeaux 1899, pag. 6.)

Der Fall betrifft einen 20jährigen Mann, bei dem 4 Wochen nach der gonorrhoischen Infektion sich eine Iritis mit zahlreichen Synechien, beträchtliche Neuritis optica und eine Arthritis im rechten Kniegelenke einstellte.

Dreysel-Leipzig.

The treatment of gonorrhoeal arthritis. Von Churton. (Brit. Med. Journ., Febr. 24, 1900.)

Ch. berichtete in der Leeds and West Riding Med. Chir. Soc. über mehrere Fälle von schwerer gonorrhoischer Arthritis, bei welchen die Heilungsdauer augenscheinlich durch Verabreichung von Ol Santali, Quecksilber, Salicyl etc. bedeutend abgekürzt wurde. v. Hofmann-Wien.

Zwei Fälle von gonorrhoischer Arthritis des Hüftgelenkes. Von F. Duplant und M. Pehu. (Revue de Méd. 1899, 10. Nov.)

Gonorrhoische Erkrankungen des Hüftgelenkes sind selten. Bei dem 1. der von Verff. angeführten Fälle trat die Gelenkaffektion 2 Monate nach der Infektion auf. Der Verlauf war ein günstiger, Heilung erfolgte nach zwei Wochen. Bei dem 2. Falle dagegen stellten sich schmerzhafte Anfälle in dem erkrankten Gelenke noch nach einem Jahre ein. In klinischer Beziehung unterscheiden sich die Arthritiden des Hüftgelenkes einigermafsen von denen anderer Gelenke, indem Rötung und Schwellung nur gering sind.

Dreysel-Leipzig.

Contributo alle psicopatie blenorragiche. Von Cascella. (Riform. Med. 5. April, 1900.)

Ein junger Mann acquirierte im Laufe von 3½ Jahren viermal Gonorrhoe. Jedesmal traten psychische Störungen auf, welche sich zunächst in melancholischer Stimmung, dann aber in vollständiger Apathie und Stupor äufserten, so dafs die Aufnahme in ein Irrenhaus nötig wurde. Diese psychischen Störungen schwanden jedesmal nach Heilung des Trippers.

von Hofmann-Wien.

Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht. Von Dr. Wilhelm Rudeck.

Das Werk, welches dem Deutschen Reichstage gewidmet ist, behandelt die sexuellen Krankheiten in ihrer juristischen Tragweite nach der Rechtsprechung Deutschlands, Österreichs und der Schweiz in 2 Teilen: die Geschlechtskrankheiten und das öffentliche Recht und die Geschlechtskrankheiten und das Eherecht. An 32 praktischen Fällen aus der juristischen Litteratur wird die Handhabung der gesetzlichen Verfügungen erläutert. Das Buch ist zu empfehlen. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

8. Neuropathien.

Zum konträren Geschlechtsverkehr in Altägypten. Von Dr. Oefele. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXIX, Nr. 9.)

Es ist jetzt bekannt, dafs man in den Kulturstaaten des alten Orient homosexuellen Excessen huldigte. Über diese Unsitte bei den alten Egyptern erfahren wir näheres aus dem Papyrus von Turin, worin das Bizarre des Geschlechtsverkehres zwischen Mann und Frau um 1300 vor Chr. durch Bilder dargestellt wird.

Ein von Flinders Petrie ausgegrabener Papyrus mit lückenhaftem



Text ist eine Art obsköner Beschwörungslegende medic. Charakters und ergiebt dieses Fragment eine Verbreitung der Päderastie vor vierthalbtausend Jahren im alten Ägypten. Federer-Teplitz.

L'incontinence d'urine chez des hystériques. Von E. Brissand et P. Lereboullet. (Gaz. Gebd. de méd. et de chir. 99, Nr. 85.)

Verfasser machen Mitteilung über einen Fall hysterischer Incontinentia urinae. Die Inkontinenz war weniger eine permanente, vielmehr äufserte sie sich in unbewufster und vermehrter Harnentleerung. Für die hysterische Grundlage des Leidens sprachen auch die beiden Phasen der Heilung. Es erschien nämlich das Bedürfnis nach Harnentleerung zuerst des Nachts wieder. Die Blase blieb noch sehr hyperästhetisch, dies machte sich bei geringer Ausdehnung derselben schon bemerkbar. Allmählich schwand die Inkontinenz vollkommen, die Urinentleerungen wurden geringer an Zahl, die Urinmenge dagegen blieb noch sehr reichlich. Später wurde auch die Blase ausdehnungsfähiger. Thümmel-Leipzig.

Ein merkwürdiger Fall von Incontinentia urinae während des Beischlafs. Von Farey. (Indépendance méd. 1899, pag. Nr. 244.)

Eine 30 jährige Frau leidet an spasmotischen Miktionen während des Coïtus. Sie ist hysterisch und hat keine Libido sexualis. Nach mehreren Jahren stellt sie sich jedoch ein anläfslich eines aufserehelichen Coïtus und erreicht dann im ehelichen Bette ihre Höhe, so dafs bei der hysterischen Frau Krämpfe und Bewufstlosigkeit eintreten. Auf der Höhe des Aktes entleert sich stofsweise Harn. Urinlassen vor dem Coïtus und mehrere hypnotische Sitzungen führten einen normalen Zustand herbei.

Federer-Teplitz.

Neurectomy a preventive of masturbation. Von A. C. Clark und H. E. Clark. (Lancet 1899, 23. Sept.)

Bei einer gewissen Kategorie von Geisteskranken sind alle Mafsnahmen, auch mechanische Vorrichtungen, für die Beseitigung der Masturbation gänzlich nutzlos. Für solche Fälle empfehlen Verff. die Durchschneidung des Nervenstammes am Penis. Durch eine transversale Incision am Rücken des Penis werden die Nerven freigelegt, isoliert und auf eine Länge von $^1/_2$ Zoll reseciert. Verff. berichten über einen diesbezüglichen Fall, der einen seit 3 Jahren geisteskranken Mann mittleren Alters betrifft. Bald nach der Operation trat eine ziemlich starke Depression ein, aber ein Jahr später war eine wesentliche Besserung des Geisteszustandes eingetreten.

Dreysel-Leipzig.

9. Bücherbesprechungen.

The irrigation treatment of gonorrhoea, its local complications and sequelae. Von Ferd. C. Valentine. (New York. William Wood and Company 1900.) Besprochen von von Hofmann-Wien.

Das vorliegende Buch ist, wie sich der Verfasser in einem Schlufsworte ausdrückt, geschrieben, um dem praktischen Arzte 1. die Anwendung der

Irrigationsbehandlung bei akuter Gonorrhoe, 2. die Vorteile der Irrigations- und Dilatationsbehandlung beim chronischen Tripper, 3. die Gefahren der ungeheilten Gonorrhoe klar zu legen und 4. die Ärzte dahin zu bringen, dafs sie ihren Einflufs dazu benützen, ein besseres Verständnis dieser Krankheit zu verbreiten. Das Buch ist sehr fafslich und gefällig geschrieben, zahlreiche Illustrationen erleichtern das Verständnis. Der Autor hat sich die gröfste Mühe gegeben, jeden einzelnen Eingriff möglichst genau zu schildern, so dafs er auch vom urologisch noch nicht geschulten Arzte ausgeführt werden kann. Sehr wohlthuend wirkt auf den Leser die Wärme, mit welcher auch bei der kleinsten Manipulation die strengste Anti- und Asepsis empfohlen wird, da gerade die Reinlichkeitsvorschriften auf dem Gebiete der Urologie oft noch sehr vernachlässigt werden. Besonders anziehend geschildert ist unter anderen das Kapitel über Urethroskopie. Verf. gebraucht das Oberländersche Urethroskop, an welchem er einige Änderungen vorgenommen hat, von denen die Ersetzung des Lichtdrahtes durch eine Glühlampe die wichtigste ist. Sehr eingehend beschäftigt sich V. auch mit der Frage, wann man den Tripperkranken das Heiraten gestatten solle. Details darüber können wohl nur im Originale nachgelesen werden. Der Verf. steht in jeder Beziehung auf der Höhe der Wissenschaft und ist daher die Lektüre des Buches nicht nur dem praktischen Arzte, sondern auch dem Spezialisten wärmstens zu empfehlen.

Kongrefsbericht.

XIII. Internationaler medizinischer Kongrefs Paris 2.—9. August 1900.

Mit Folgendem geben wir unseren Lesern einen Überblick des Programmes, welches die Sektion für Harn-Chirurgie des XIII. internationalen medizinischen Kongresses in der Zeit vom 2.—9. August in Paris vorgesehen hatte. Die Sitzungen haben im Hospital Necker stattgefunden, woselbst auch die Operationen ausgeführt wurden, aufserdem gab es Führungen und Besichtigungen des anatomisch-pathologischen Museums daselbst. Das Comité bestand aus:

Guyon, Präsident,
Professor Albarran, } Vice-Präsidenten,
Pousson (Bordeaux), }
Desnos, Sekretär,
Michon, II. Sekretär.

Mitglieder:

Bazy, Carlier (Lille), Chevalier, Delagenière (Tours), Duchastelet, Eraud (Lyon), Escat (Marseille), Estor (Montpellier), Guiard, Guillet (Caën), Hallé, Legueu, Malherbes (Nantes), Monod, Poncet (Lyon), Routier.

Sekretäre der Sitzungen:

Pasteau, Alglave, Aufret, Barbin, Brécy, Duval, Hanotte, Javal, Ravasini, Sacco.

I. Sitzung Freitag, 3. August, früh 10 Uhr:

Konservative Operation bei Harnretentionen renalen Ursprungs.

Referenten: Küster (Marburg), Fenger (Chicago), Bazy (Paris).

Zur Diskussion: Tuffier, Albarran (plastische Operationen der Niere), Hamonic, Pastau.

II. Sitzung nachmittags $2^1/_2$ Uhr:

Niere und Ureteren.

I. Jonnesco (Bukarest): Über Nieren-Chirurgie.

II. Kümmell (Hamburg): Die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins vor Nierenoperationen.

III. d'Antona (Neapel): Indikationen zur Nephrektomie im allgemeinen und speziell bei malignen Nierentumoren.

IV. Mankiewicz (Berlin) : Nierenoperationen bei Erkrankung oder totalem Mangel der anderen Niere.

V. Nanu (Bukarest): Über die Nephrostomie bei Anurie, verursacht durch Uteruskarcinom.

VI. Achille Boari (Pescia): Italienische Methode der Transplantation des Ureters auf Darm und Blase.

VII. Casper (Berlin): Ureteren-Katheterismus mit einem vervollkommnetem Cystoskop.

VIII. Albarran (Paris): Ureteren-Katheterismus.

IX. Escat (Marseille): Vasomotorische und sekretorische Nierenneurose (Polyurie, Anurie, Steinbildung, Azoturie), Nephrotomie, Heilung.

X. Reynès (Marseille): Pseudo-essentielle Hämaturie, infolge eines Nierentumors. Nephrektomie, Heilung.

XI. Pousson (Bordeaux): Klinische Symptome von reno-renalem Reflex.

XII. Michon u. Pasteau (Paris): Harnverhaltungen bei Wanderniere.

XIII. Trekaki (Alexandria): Wanderniere bei den Arabern.

III. Sitzung Sonnabend, 4. August, früh 9 Uhr:

Wert der chirurgischen Intervention bei Tuberkulose der Harnwege.

Referenten: Saxdorph (Kopenhagen), Hogge (Liège), Pousson (Bordeaux).

Zur Diskussion: Verhoogen (Brüssel), Tuffier (Paris), Hamonic, Doyen, Albarran (Paris), Carlier (Lille), Loumeau (Bordeaux). Giordano (Venedig).

IV. Sitzung nachmittags $2^1/_2$ Uhr:

Blase.

I. Heresco (Bukarest): Die Cystoskopie als diagnostisches Hilfsmittel und Operations-Indikationen bei Krankheiten der Harnwege.

II. Friedrich Bierhof (New-York) und Richard Knorr (Berlin): Intravesikale Photographie.

III. Le Clerc Dandoy (Brüssel): Kontinuierliche Blasendrainage nach hohem Steinschnitt.

IV. Carlier (Lille): Totale Blasennaht nach hohem Steinschnitt.

V. Michaïlowsky (Philippopel): Hoher Steinschnitt mit einfacher totaler Etagennaht der Blase.

VI. Forgue (Montpellier): Technik des Maydlschen Verfahrens bei Blasenektopie.

VII. Loumeau (Bordeaux): Vesico-vaginale Fisteln mit zweizeitiger Operation.

VIII. Hugh Hampton Young (Baltimore): Cystitis bedingt durch Typhus-Bacillus mit einer Beobachtung eines chronischen, jahrelang dauernden Falles.

IX. Genouville (Paris): Beitrag zur Behandlung der Blasentuberkulose mit Instillationen.

X. Escart (Marseille): Primitive hämorrhagische Blasen-Leukoplacie.

XI. Pasteau (Paris): Lymphatische Weiterverbreitung von Blasen-Neoplasmen.

XII. Chevalier (Paris): Auskratzung der Blase wegen vesikaler Steinbildung bei einer Frau.

XIII. P. J. Freyer (London): Tausend Blasenstein-Operationen.

XIV. Severeanu (Bukarest): Über spontane Steinzertrümmerung in der Blase.

XV. Hache (Beirut): Steinextraktion auf perinealem Wege.

XVI. Trekaki (Alexandria): Harnsteine in Ägypten.

XVII. Preindlsberger (Serajewo): Steinbildung in Bosnien, ihre Beziehungen mit der Geologie und Hydrologie des Landes. Demonstrationen von Steinen.

XVIII. Kallionzis (Athen): Blasensteine in Griechenland.

XIX. M. Pavone (Palermo): Voluminöser Blasenstein um eine Haarnadel bei einer Frau.

XX. Sepp (Amsterdam): Fremdkörper der Blase nach Ovariotomie.

XXI. Suarez de Mendoza (Madrid): Zwei interessante Fälle von vesikaler Steinbildung.

XXII. Severeanu (Bukarest): Seltene Fremdkörper in der Blase, welche Anlaſs zu Steinbildung gegeben haben.

XXIII. Reynès (Marseille): Extraktion von Fremdkörpern auf natürlichem Wege, mit Hilfe des Cystoskopes bei einer Frau.

V. Sitzung Montag, 6. August, früh 9 Uhr:

Demonstrationen von Instrumenten, Zeichnungen und Photographien, sowie Präparaten des anatomisch-pathologischen Museums des Hospital Necker.

Nachmittags von 2 Uhr ab Operationen.

VI. Sitzung:

Dauerresultate bei operativer Behandlung der Prostata-Hypertrophie.

Referenten: von Frisch (Wien), Leguen (Paris).

Zur Diskussion: Pousson (Bordeaux): Über partielle Prostatektomie bei seniler Dysurie. Desnos, Albarran, Chevalier, Hamonic (Paris), R. Harrison (London), Nicolich (Triest), Carlier (Lille), Giordano (Venedig), Loumeau (Bordeaux), Frank (Berlin), R. Guiteras (New-York): Die augenblickliche Art der Behandlung der Prostata-Hypertrophie in den Vereinigten Staaten.

VII. Sitzung Dienstag, 7. August, nachmittags 2½ Uhr:

Prostata. Allgemeines.

I. Motz (Paris): Beitrag zum Studium des Prostatismus.

II. Freudenberg (Berlin): Die Bottinische Operation bei Prostata-Hypertrophie.

III. L. Rydygier: Ein neues Verfahren Prostata-Hypertrophie zu operieren.

IV. Frank (Berlin): Blennorrhagische Läsionen der Prostata.

V. Motz (Paris): Beziehungen zwischen Blasen- und Prostata-Tumoren.

VI. Posner (Berlin): Harninfektion und allgemeine Infektion.

VII. Dorst (Amsterdam): Die Phagocytose vom praktischen Standpunkt aus.

VIII. Albarran u. Cottet (Paris): Anärobien bei Harninfektion.

IX. Nanu (Bukarest): Ein Fall von Bakteriurie.

X. Janet (Paris): Behandlung der Bakteriurie mit Urotropin.

XI. Motz (Paris): Heilbarkeit der Tuberkulose der Harnwege.

XII. Bruni (Neapel): Beziehungen zwischen der Toxicität des Urins und seiner Immunisierungsfähigkeit.

XIII. W. Colquhomn (Glasgow): Schätzung des Harnstoffes. Die Urin-Analyse für die Diagnostik.

XIV. B. Guisy (Athen): Psychopathieen infolge von Erkrankungen der Harnorgane.

XV. B. Guisy (Athen): Sexuelle Psychopathieen.

XVI. Denis Courtade: Über Neurasthenie infolge von Erkrankungen der Harnorgane und elektrische Behandlung derselben.

XVII. Lavaux (Paris): Die Fortschrittte der kleinen Harnchirurgie.

XVIII. Muray (Clearfeld): Ligatur der Vena dorsalis penis zur Heilung der funktionellen Impotenz.

XIX. Delassus (Lille): Operation wegen essentieller Harn-Inkontinenz bei der Frau.

XX. Guiard (Paris): Pathogenese und Prophylaxe der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane während der Ehe.

VIII. Sitzung Mittwoch, 8. August, früh 9 Uhr:

Dauerresultate nach blutigen Eingriffen bei Harnröhrenstrikturen.

Referenten: Reginald Harrison (London), Heresco (Bukarest), Albarran (Paris).

Zur Diskussion: Doyen, Hamonic, Noguès, Janet, (Dauerresultate der Dehnung und der Urethrotomia interna in den Fällen meiner Praxis), Desnos (Paris), Sepp (Amsterdam), Frank (Berlin), Loumeau (Bordeaux), Carlier (Lille), Nicolich (Triest), Verhoogen (Brüssel), Pousson (Bordeaux) (Dauerresultate der Urethrotomia interna und externa und der Strikturektomie).

IX. Sitzung nachmittags $2^1/_2$ Uhr:

Urethra.

I. Karl Beck: Neue Operation wegen Hypospadie und Ekotopie der Blase.

II. Legueu (Paris): Retrograder Katheterismus bei Blasenruptur.

III. Casamayor de Planta (Mauléon): Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Urethra.

IV. Guillon (Paris): Über eine Methode, die Urethra zu explorieren. Die Diagnose der weiten Strikturen.

V. Pasteau (Paris): Urethrale Neuralgien.

VI. Mikhailoff: Behandlung der Entzündung der Pars anterior urethrae mit Hilfe von Spülungen.

VII. Genouville (Paris): Das cyansaure Quecksilber in der Behandlung der akuten und chronischen Urethritiden.

VIII. Janet (Paris): Behandlung der frischen Blennorrhoe der Frau.

IX. Souarez de Mendoza (Madrid): Behandlung der Blennorrhoe der Pars anterior.

X. Porosz (Budapest): Behandlung der Blennorrhoe mit Acid. nitr.

XI. Motz (Paris): Diagnose und Prognose gewisser chronischer Urethritiden.

X. Sitzung Donnerstag, 9. August, früh 9 Uhr:

Demonstration von Instrumenten.

Nachmittags $2^1/_2$ Uhr:

Schlufsversammlung im grofsen Hörsaal der Sorbonne.

Aufserdem fanden jeden Abend Festlichkeiten statt. Unter anderen Sonnabend, 4. August, Empfang der Sektionsmitglieder bei Prof. Guyon. Die Mitglieder des Comités der Sektion luden zu einem Banket am 6. August, abends $^1/_2$8 Uhr, in das Restaurant des Palais d'Orsay ein.

Was die Publikationen des Kongresses anbetrifft, so empfingen die Mitglieder bei Eröffnung desselben gratis ein Resumé der Kongrefsverhandlungen ihrer jeweiligen Sektion, zweitens ein Werk über die Mineralwässer und die klimatischen Kurorte Frankreichs, eine Broschüre, die das Wissenswerteste über medizinische und ärztliche Einrichtungen von Paris enthielt, sowie einen Führer durch Paris. Eine zweite Reihe wird zu einem späteren Datum ausgegeben, und zwar ein Protokoll über sämtliche Arbeiten des Kongresses, ein Auszug der Generalversammlungen und drittens sämtliche Abhandlungen der Sektion für Harn-Chirurgie in einem Bande vereinigt. Preis für Kongrefsmitglieder 45, für die Nichtmitglieder 50 Fr.

Über einen Fall von primärem Urethralkarcinom.

Von

Dr. **R. Hottinger**, Zürich.

Wenn ich mir erlaube, hier etwas eingehender über einen Fall von primärem Urethralkarcinom, den ich letztes Jahr zu beobachten Gelegenheit hatte, zu referieren, so geschieht es in der Meinung, dafs diese Affektion als Seltenheit das Interesse auch des Centralblattleserkreises beanspruchen darf, dafs jeder Beitrag zur Förderung der Erkenntnis des bösartigen Leidens am Platze ist, dann aber auch, weil hier eine ganz besondere Komplikation vorlag. Im Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte (1897, 17/18) habe ich eine Arbeit über diesen Gegenstand veröffentlicht,[1] der zwei eigene Beobachtungen — bei einem Manne und einer Frau — zu Grunde lagen, und welche zeigte, wie selten diese Affektion sei, wie wenige gut beobachtete Fälle wir besitzen und bei wie wenigen von diesen, speziell bei Männern, frühzeitige richtige Diagnose zu einem erfolgreichen Eingriff führte. Ohne mich weiter auf die Details jener Publikation einzulassen, will ich hier nur kurz rekapitulieren, dafs ich gefunden habe, es seien im allgemeinen die Frauen bei dieser Affektion besser dran als die Männer, weil bei ihnen, aus anatomischen Gründen, der Verlauf und Befund charakteristischer, die Diagnose leichter, daher ein früher Eingriff häufiger und erfolgreicher, während sich bei den Männern, namentlich wenn der Sitz der Neubildung tief, die Verhältnisse umgekehrt verhalten; ferner habe ich bei diesen ein rein primäres Urethralkarcinom, aus einer ge-

---

[1]) cf. diese Zeitschrift 1898, S. 43

sunden Harnröhre hervorgehend und ein solches auf bereits pathologisch veränderter Grundlage, hauptsächlich in strikturierten und viel behandelten Harnröhren entstehendes unterscheiden können. — Nachtragen möchte ich hier nur — was bei solchen Beobachtungen immer von Wert —, dafs es dem Mann, den ich vor $3^1/_2$ Jahren durch Penisamputation von seinem Karcinom befreite, bis heute ganz gut geht; von Recidiv keine Spur, und damit wohl die Wahrscheinlichkeit eines solchen schwindend; die Harnröhre hat eine genügende Weite behalten; der Mann ist wieder eifriger Jäger.

Die Frau, die sich nicht wollte operieren lassen, starb ein Jahr nach der Diagnosestellung, aber noch nicht am Karcinom selbst, obschon es grofse Fortschritte gemacht und das typische Bild eines ausgefressenen Kraters mit stark infiltrierter Umgebung angenommen hatte, sondern an einem Herzschlage, der mit ihrer chronischen Nephritis und diese ihrerseits wohl wieder mit der lang vorhandenen hochgradigen Harnretention zusammengehangen hat. Die Sektion überzeugte mich, dafs zur Zeit der Krankheitserkennung eine Operation nach dem Vorgehen ähnlicher glücklich zu Ende geführter Fälle, die ich in meiner Arbeit zitiert habe, mit Aussicht auf Erfolg ebenfalls sehr wohl möglich gewesen wäre.

Es sind seit dieser Zeit wieder einige wenige Fälle, hauptsächlich weiblicher, Urethralkarcinome mitgeteilt worden, die nichts Besonderes bieten, dann von Bosse (Dissert. Göttingen 1897) ein männlicher Fall, der sich wieder dadurch auszeichnete, dafs der Pat. wegen gonorrhoischer Striktur urethrotomiert wurde, unter zunehmendem Ödem und Cystitis purulenta zu Grunde ging und erst die Sektion ein Karcinom der Urethra, 7 cm lang, flach, höckerig, papillär, ergab; daneben ausgedehnte Infiltration der inguinalen und retroperitonealen Drüsen.

Mein neuer Fall nun, wieder der Typus eines rein primären Urethralkarcinoms der Pars anterior, verdiente aufser durch die schon angeführten Gründe, mein besonderes Interesse dadurch, dafs bei dem gleichen Ausgangspunkte auch der Beginn des Leidens ziemlich genau mit demjenigen meines früheren männlichen Falles zusammenfällt, so dafs also dieser nicht operierte

gleichsam nur die fortlaufende Illustration zu jenem operierten bildete.

Der Verlauf dieses Falles ist nun folgender: Der 58jährige Patient, von auswärts, früher Bankbeamter, jetzt Fabrikdirektor, kam Mitte Januar 1899 zu mir und gab an, das Leiden, von dem er befreit zu werden wünsche, habe vor $2^1/_2$ Jahren begonnen; er habe es bis jetzt geheim gehalten, nun aber werde es ihm unerträglich und zudem habe er in der letzten Zeit beträchtlich und rapide abgenommen, obschon er jetzt noch gut genährt erschien. Sonst hatte er nichts zu klagen und wollte im wesentlichen stets gesund gewesen sein, nur war er vor einem Jahre längere Zeit wegen Abnahme seiner Sehkraft in einer Augenklinik und operiert worden. (?) — Sein Harnleiden entwickelte sich so, dafs er zuerst etwas Ausflufs bemerkte, wogegen er, im Glauben, er habe eine Gonorrhoe, etwas innerlich nahm. Da die Sache nicht besser wurde, liefs er sie gehen. Ich mache hier speziell aufmerksam, erstens auf das Initialsymptom, den Ausflufs, der ebenfalls in meinem ersten Falle vorhanden, zu frühzeitiger Untersuchung und Diagnose führte, zweitens auf den verhängnisvollen Irrtum des Patienten, es handle sich um Gonorrhoe, eine Annahme, die ihn hauptsächlich zurückhielt, früher sich an einen Arzt zu wenden. Dann wurde allmählich das Urinieren schwerer, der Penis schwoll an und schliefslich brach sich der Urin seitlich durch Fisteln Bahn, immer stärker wurde der Abgang von Blut und Eiter und immer abscheulicher der von dem „Geschwür" ausgehende Geruch. Der unförmliche Tumor, von der Gröfse einer Faust, umfafste die ganze Pars pendula penis, das Orif. urethrae, durch Tumormassen erweitert und dadurch halbmondförmig gestaltet, schaute seitlich aus der Präputialöffnung; zwei laterale ulcerös-karcinomatöse Fisteln liefsen Urin und blutigen Eiter ausfliefsen. Die Leistendrüsen waren beidseitig beträchtlich vergröfsert und die vordere Wand des Skrotums infiltriert. Die übrigen Organe erschienen gesund, Herz und Leber wohl etwas vergröfsert. Dafs in dem Blut und Eiter enthaltenden Urin Eiweifs vorhanden war, konnte nicht überraschen, auf Zucker habe ich damals nicht untersucht, weil zu keinerlei Verdacht Anlafs war. Die neoplastisch-karcinomatöse Natur des Leidens war auf den ersten Blick klar; eine bestätigende mikroskopische Diagnose aus einem entfernten Tumorstück durch Herrn Prof. Ribbert vermehrte die Sicherheit. Nach Erklärung der Sachlage war auch Patient ohne weiteres mit der Radikaloperation, der Penisamputation in einer ersten, der Leistenausräumung in einer zweiten Sitzung vollständig einverstanden. Die erste Operation fand am 20. Januar 1899 statt und verlief vollständig glatt; zuerst wurde das Corpus penis subsymphysär frei präpariert und versorgt, sodann der Penis amputiert und das Skrotum reseziert, die Wunde vertikal vernäht mit Einbezug des mit Rücksicht auf die nachträgliche Retraktion erweiterten Urethralendes, und für den Anfang ein Verweilkatheter eingelegt. Der Wundverlauf war fast ganz ungestört, indem nur und erst am Ende der ersten Woche sich unter Temperaturerhöhung bis auf max. 38,1 eine etwas druckempfindliche Infiltration am unteren Urethralwundwinkel bildete, die nach

allmählicher Entleerung einer bräunlichen, ganz eigentümlich übelriechenden Flüssigkeit schwand und dann von einem normalen Verlauf der lokalen Wundheilung gefolgt war, so dafs zwei Wochen später bei der zweiten Operation die erste Operationswunde so gut wie geheilt war. Auch das Allgemeinbefinden war befriedigend. Aber nun trat eine neue, ausschlaggebende Entdeckung hinzu.

Bei der weiteren Kontrole des Pat. fiel mir nämlich auf, dafs derselbe abnorm grofse Mengen Urin — mehrere Liter in 24 Stunden — produzierte, aber auch entsprechend Flüssigkeit aufzunehmen verlangte, weil er stets von grofsem Durste gepeinigt werde. Die Untersuchung des nunmehr vollständig klaren Urins ergab bei einem spezif. Gewicht von 1035 noch deutliche Quantitäten Albumen und nach Fehling titriert über 10% Zucker — also einen exquisiten hochgradigen Diabetes Mellitus. Wann derselbe eingesetzt hatte, war nicht mehr zu eruieren, jedenfalls aber bestand der grofse Durst schon mehrere Jahre, und da Pat. denselben hauptsächlich mit Alcoholicis befriedigte (Bier und Most), wurde er als Alkoholiker angesehen und sein Allgemeinzustand damit in Verbindung gebracht. Also ein zweiter verhängnisvoller Irrtum! In der Augenheilanstalt soll der Urin nie untersucht worden sein, zum Teil jedenfalls auch deshalb, weil Patient das Aussehen desselben peinlich verheimlichte, um sein Genitalleiden nicht zu verraten.

Das war nun freilich eine verzweifelte Situation! Wenn mit dem Karcinom allein, auch nach der Drüsenexstirpation, die Prognose mindestens dubia war, so mufste sie jetzt direkt infaust gestellt werden. An eine strenge Behandlung des Diabetes war im gegenwärtigen Zustand nicht zu denken, ganz abgesehen von der bereits deutlichen Eisenchloridreaktion; aber auch für die Zeit nach eventueller Heilung von den operativen Eingriffen machten mir die Angehörigen des Pat. wenig Hoffnung auf eine vernünftige Lebensweise seinerseits. Sollten wir nun gleichwohl auf halbem Wege stehen bleiben und die Karcinommetastasen ihrem Laufe überlassen? Die Leistendrüsen waren während der dreiwöchentlichen Beobachtung entschieden gewachsen, nicht etwa nur durch in der fortschreitenden Abmagerung bedingte optische Täuschung, sondern thatsächlich! — Ein Aufschub der Entfernung auf Wochen, vielleicht Monate, hiefs den Patienten so gut wie aufgeben. Auf Grund reichlicher Erfahrungen sind Operationen bei Diabetischen im allgemeinen gefürchtet, sowohl wegen der leicht eintretenden Gangrän, wie auch wegen des deletären Einflusses auf den Diabetes selbst; sogar latenter Diabetes ist durch operative Eingriffe wieder zum Hervortreten gebracht worden.[1]) Immerhin sind in operativer Hinsicht auch hier seit der antiseptischen Ära die Resultate wesentlich bessere geworden. Da der Verlauf der ersten Operation ein so befriedigender war, das Allgemeinbefinden des Patienten nicht wesentlich verschlechtert, so entschlofs ich mich nach Klarlegung der Situation im Einverständnis mit ihm, doch auch noch die zweite

---

[1]) S. z. B. Naunyn: Diabetes S. 333.

Operation zu wagen, die dann fast drei Wochen nach der ersten ausgeführt wurde und in der gründlichen Ausräumung der Leisten mit beidseitiger notwendiger Resektion der Vena saphena bestand; die Drüsen waren sehr zahlreich, zum Teil bis zwetschgengrofs und, wie das Untersuchungsergebnis durch Herrn Prof. Ribbert sagt: in ganzer Ausdehnung krebsig, aufserordentlich epithelreich. Also ein Resultat, das auch anderweitige, tiefere Metastasierung sehr befürchten liefs! —

Das Wagnis war nun aber doch zu grofs gewesen; nach dieser Operation trat ein rascher Umschwung ein: nicht nur zeigten beide Leistenwunden keine Tendenz zur Heilung und wurden bald gangränös, sondern es trat auch typisches Coma diabeticum mit der grofsen Atmung hinzu und starb Patient in demselben am achten Tage nach dem zweiten Eingriff; die Sektion konnte leider nicht gemacht werden.

Will ich kurz rekapitulieren, so ist als bemerkenswert bei diesem Falle hervorzuheben: erstens die Kombination des primären Urethralkarcinoms mit dem Diabetes, was natürlich nur als ein zufälliges Zusammentreffen angesehen werden kann, für beide Leiden liegen keine bestimmten ätiologischen Momente vor, sodann betreffend des Karcinom das Auftreten des initialen Harnröhrenausflusses, der, wenn untersucht, ebenso gut wie in meinem früheren Falle zu rechtzeitiger Diagnose hätte führen können, und endlich die nicht neue Lehre, auch bei solchen Patienten, selbst wenn zu keinem Verdachte Anlafs besteht, im Vornherein den Urin auch auf Zucker zu untersuchen, um vor solchen unliebsamen Überraschungen bewahrt zu bleiben.

Weitere Beiträge zum Carcinoma urethrae.

Von

F. M. Oberlaender.

Im Anschlufs an die vorstehend enthaltene Arbeit des Herrn Hottinger möchte ich nicht verfehlen, die mir zu Gebote stehende Krankengeschichte des an Carcinoma urethrae leidenden Patienten Fr., über welchen ich im Centralblatt Jahrgang 1893, pg. 245—250, berichtete, zu vervollständigen. Aus den damals gegebenen Notizen ist jetzt folgendes wichtig:

Der Kranke Fr., 72 Jahre alt und noch sehr rüstig, litt seit 40 Jahren an Strikturen und gebrauchte seit ca. 3 Jahren den Katheter wegen Atonie der Blase. Das Karcinom wurde von mir ungefähr 8 Wochen (im Oktober 1892) nach seinem Bestehen durch das Urethroskop diagnostiziert. Bekanntlich war es der erste in der Litteratur bekannte, nicht erst während der Operation diagnostizierte Fall. Über die interessanten Details dieser Untersuchung lese man loco citato nach.

Die Operation wurde bald darauf (im Januar 1893) vom Oberarzt des hiesigen Diakonissenhauses, Dr. Rupprecht, ausgeführt. Der Operateur spaltete die Harnröhre soweit, dafs das Karcinom noch oben und unten gehörig weit frei lag, alsdann wurde die Geschwulst mitsamt einer Partie der Harnröhre von ca. 2 Centimetern oberhalb und unterhalb in toto weggenommen und die Enden mit Katgut vereinigt, Metastasen fanden sich in der Harnröhre nicht vor, die exstirpierten Inguinaldrüsen erwiesen sich als gesund. Wundheilung per primam in 3 Wochen, Recidive konnten bis zur Veröffentlichung des Falles, circa 7 Monate nach der Operation, nicht konstatiert werden.

In den folgenden Jahren war das Befinden des Patienten ein aufserordentlich gutes, er nahm sehr an Gewicht zu, über 20 Pfund, und hatte aufser über seine mangelhafte Urinentleerung und hier und da auftretende katarrhalische Beschwerden von seiten der Blase über nichts zu klagen. Er blieb anhaltend in meiner Beobachtung. Im Jahre 1896 Ende April, also $4^1/_4$ Jahr nach der Operation, wurde zum erstenmale wieder über etwas

Blutung beim Katheterisieren geklagt. Die sofort vorgenommene urethroskopische Untersuchung liefs die vordere Harnröhre als gesund erkennen, die hintere war dagegen voll besetzt voller kleinerer und gröfserer Granulationswülstchen, welche den von mir beschriebenen urethroskopischen Bildern von Papillomata urethrae etwas ähnelten, nur flacher und röter erschienen. Durch Curettement gewonnene Partikel liefsen keinen Zweifel übrig, dafs wir es mit einem Recidiv des alten Karcinoms zu thun hatten. Der Patient wurde infolge dessen wieder dem Herrn Oberarzt des Diakonissenhauses, Dr. Rupprecht, übergeben. Im Beisein desselben wurde der Kranke erst noch einmal cystoskopiert. Etwaige Anzeichen, dafs die Geschwulst auf die Blase übergegangen war, liefsen sich nicht feststellen. Man konnte mehrere grofse Divertikel in der Blase konstatieren, ebenso einen weit in die Blase hervorragenden höckerigen, mittleren Prostatalappen. Auch ich hatte schon in den letzten Monaten gelegentlich eine stärkere Vergröfserung der Prostata per anum konstatiert, da dieselbe indessen gar keine Beschwerden machte, unbeachtet gelassen. Des Weiteren lasse ich nun den mir von dem Herrn Operateur gütigst gelieferten Kranken-, Operations- und Sektionsbericht folgen. Derselbe lautet:

Befund am 2. Mai 1897, (Dr. Rupprecht): Spontan wird nur wenig Harn entleert.[1]) Katheter geht leicht ein, entleert 400 Gramm Residualharn, dessen Anfangsportion blutig. Unter der verschieblichen Operationsnarbe am Damm, gegen die Prostata hinziehend, eine kleine cylindrische Härte, auch per rectum fühlbar. Die unbewegliche, namentlich nach links stark vergröfserte Prostata zeigt etwa in der Mitte ihrer Hinterfläche einen erbsengrofsen, unverschieblichen, buckeligen Knoten. In der rechten Leiste eine pflaumengrofse Lymphdrüse. — Urethroskopisch hat Dr. Oberländer im prostatischen Teil der Harnröhre wieder verbreitete Karcinomwucherungen festgestellt.

Operation am 4. Mai 1897 (Dr. Rupprecht): Damm und Urethra wurden in Narkose auf einer eingeführten Rinnensonde 5 cm lang gespalten. Resektionsstelle der Harnröhre als schmale, quere Narbenlinie erkennbar. Benachbarte Harnröhrenschleimhaut ohne Recidiv (weich), zeigt zahlreiche, unregelmäfsige, milchweifse, leicht erhabene Flecke (Epithelhyperplasieen). Etwa 1 cm hinter der Narbe beginnend, findet sich der prostatische Teil der Harnröhre durch zahlreiche verästelte, graurote, papillomatöse Wucherungen ausgefüllt, welche vorwiegend von der hinteren Harnröhrenwand entspringen. Dieselben werden mit dem scharfen Löffel leicht entfernt. Da der tastende Finger nirgends eine abnorme Härte erkennt, so begnügt man sich (nach Probeexcision eines kleinen Stückchens der weifsfleckigen Harnröhrenschleimhaut) mit Einlegen eines weichen Dauerkatheters und Tamponade der Dammwunde. Hierauf werden rechterseits die Leistendrüsen des 72jährigen

[1]) Vergl. Oberländer. Internat. Centralblatt f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg. Bd. 4. Leipzig 1893, August. Rupprecht. Centralblatt f. Chir. Leipzig 1894, November, Nr. 46.



Mannes ausgeräumt (Methode Rupprecht, Centralbl. f. Chir. 1893, Nr. 16). Auf dem Querschnitt der gröfsten Lymphdrüse quillt bei Druck milchige Flüssigkeit hervor und sieht man feinverästelte, gelbe Striche und Punkte.

Verlauf: Acht Tage lang gut (Puls 84, Temperatur normal, Wohlbefinden bis auf etwas chronischen Husten). Vom neunten Tage an Atemnot, Unruhe, Fieber (39,4° C.), zunehmende Schwäche, Zerfall in der Leistenwunde. Am zwölften Tage post. op. Tod. —

Autopsie (Dr. Freitag): Eiterige Bronchitis. Schlaffe Pneumonie. Harnblase: chronischer Katarrh, verdickte Wandungen, mittlerer Prostatalappen stark hervorspringend. Kinderfaustgrofses Prostatacarcinom, an zahlreichen Stellen völlig erweicht. Urethra wie oben beschrieben. Zahlreiche, stark vergröfserte, krebsige Retroperitoneallymphdrüsen. Mehrere bis kirschengrofse Lungenmetastasen (markige Knoten). — Mikroskopisch: In dem excidierten Schleimhautstückchen kein Carcinom. In dem Abschabsel der prostatischen Harnröhre: lediglich Zotten mit mehrschichtigem Plattenepithel. In den Lymphdrüsen der Leiste und des Retroperitonealraums: alveoläres Carcinom genau entsprechend der Abbildung im Centralblatt für Chir. 1894, November. Die Stücke aus dem Prostatacarcinom und die Lungenmetastasen liefsen sich wegen vorgeschrittener Fäulnis nicht genügend härten, sind daher nicht untersucht.

An unserem Falle ist folgendes beachtenswert. Erstens die aufserordentlich lange Andauer der recidivfreien Zeit. Man wird kaum bei anderen karcinomatösen Erkrankungen ähnliche lange gesunde Pausen post operationem beobachten können. Bis jetzt ist nur über einen zweiten operierten Fall und dessen Dauerresultat berichtet worden und zwar ebenfalls von Hottinger. Das Recidiv steht bei dem fraglichen Patienten bis jetzt 3 Jahre aus. Die Verhältnisse lagen in dem betreffenden Falle noch etwas ungünstiger, es scheint zwischen der Entstehung des Karcinoms und der Operation noch etwas längere Zeit verflossen zu sein, auch war in meinem Falle die Geschwulst kleiner und umschrieben, im Hottingerschen Fall mehr in der Fläche ausgebreitet. Bei demselben wurde infolgedessen auch Amputatio penis vorgenommen. Als definitiv geheilt dürfte entsprechend unserer langen recidivfreien Zeit, $4^1/_4$ Jahr, der Hotttingersche Fall auch noch nicht anzusehen sein.

Es ist keine Frage, dafs bei den harnführenden Organen sich viele Erkrankungen aufserordentlich langsam und schleppend abspielen. Man braucht nur mit der chronischen Gonorrhoe und den Strikturen zu beginnen, kein anderes Organ hat ferner einen so eminent chronischen Verlauf der tuberkulösen Erkrankung

wie die Harn- und Geschlechtsorgane; ferner die langsam wachsenden Papillome der Blase, welche unter Umständen mehrere Jahrzehnte anhalten und vor allem auch der langandauernde Verlauf des Carcinoma vesicae in einzelnen Fällen. Mehrere Autoren, namentlich französische, haben zweifellos Fälle von mehr als 10 bis 15 Jahren Andauer beobachtet und selbst dann sind die Kranken nicht an den Folgen des Karcinoms gestorben. Auch ich verfüge über eine derartige Beobachtung. In Bezug auf letzteres bin ich auch der Überzeugung, dafs es richtig ist, zwei ganz verschiedene Formen von Carcinoma vesicae anzunehmen, eine mehr oberflächliche und äufserst langsam sich ausbreitende Art und eine schneller wachsende grofsknotige, welche rasch zu Fortsetzungen auf benachbarte Organe und zu Metastasen neigt.

Der Verlauf unserer Fälle von Carcinoma urethrae legt die Vermutung nahe, dafs man bei schnellster und genügend grofser Wegnahme der kranken Partieen doch unter Umständen volle Heilung wird erzielen können. In Hottingers Fall sowohl als in dem meinen wurde zwischen der Konstatierung der Erkrankung und der Operation zu lange Zeit gewartet. In meinem Fall verging über ein Vierteljahr. Als einzig sicheres und schnelles diagnostisches Hilfsmittel ist das Urethroskop zu betrachten und zwar das mit der besten Beleuchtung das Nitze-Oberländersche.

Dieser makroskopischen Konstatierung der Erkrankung hat unmittelbar ein Curettement der fraglichen Stellen gleich durch das Urethroskop zu folgen, es giebt ja derartige Instrumente; und hat dann das Mikroskop die Diagnose bestätigt, so soll unmittelbar darauf die Operation folgen. Welche Art der Operation, ob Resectio urethrae, Amputatio penis oder Emasculatio totalis am Platze sein wird, mufs sich nach dem Sitz und der Ausbreitung der Geschwulst richten. Je weiter hinten in der Harnröhre sich die Erkrankung etabliert hat, je schlechter wird die Prognose sein, um so eher ist ein Übergreifen auf die Prostata und Blase zu erwarten oder bereits eingetreten. Die Operation sollte stets unternommen werden, wenn auch nur etwas Aussicht auf Erfolg vorhanden ist, denn die Leiden der Kranken sind aufserordentlich schwere.

In der Litteratur sind seit der Veröffentlichung der soeben

besprochenen Fälle, also seit drei, beziehentlich sieben Jahren nur wenige neue Beobachtungen zur öffentlichen Kenntnis gekommen. Es sind dies folgende:

1. **Epithelioma primitive de l'urèthre,** Albarran (Guyons Annalen, Mai 1895).

Der 43jährige Patient, nie gonorrhoisch erkrankt gewesen, nie ein Trauma erlitten, leidet seit 4 Jahren an einer Behinderung des Urinierens, zehn Monate nach Beginn der Beschwerden bildet sich eine Fistel am Damm, die Infiltration übergreift alsdann auf das Scrotum und es bilden sich eine Anzahl anderer Fisteln daselbst, durch welche fast der gesamte Urin entleert wird. Operation: totale Emaskulation, Heilung, drei Monate nach der Operation kein Recidiv..

2. **A Case of cancer of the Urethra,** Fuller (New-Yorker Med. Monatsschrift 1895).

Lediglich ein ungenügender Sektionsbericht: In der Glans penis fanden sich vier mit der Harnröhre kommunizierende Ausbuchtungen, zum grofsen Teil mit Tumormassen ausgefüllt, welche die Harnröhre zuletzt impermeabel gemacht haben müssen und so Harnretention und Tod verursacht haben sollen. Der primäre Sitz der Geschwulst ist nach der Ansicht F.s die Fossa navicularis gewesen. Nicht einmal die angrenzenden Organe wurden untersucht.

3. **Carcinoma urethrae,** Cabot (Med. News 1895).

Ein Cylinderzellenkarcinom von der Schleimhaut ausgehend, welches die Harnröhre verlegte und am Perineum, wo bereits eine Narbe von einem Abscefs war, starke Anschwellung verursachte. Operation (?).

Epithélioma primitive de l'urèthre, Melville Wassermann. Paris 1895.

Bringt eine sehr gute und ausführliche Monographie der Erkrankung ohne neue Fälle.

Über das primäre Karcinom der Harnröhre von Hottinger (Correspondenzbl. für Schweizer Ärzte 1897) — 2 Fälle —.

4. 65jährige Frau, seit einem Jahre Harnbeschwerden, an Stelle des Orific. extern. urethrae ein kastaniengrofser Tumor, der nach hinten abgrenzbar, vorn mit der Symphyse verwachsen ist, Clitoris, Labien, Vagina, Leistendrüsen sind frei; Harnröhre

mitten im Tumor nur für feine Sonde durchgängig, Harnverhaltung. Dilatation bessert die Beschwerden. Im Urethroskop sieht man, dafs sich die karcinomatösen Wucherungen bis zur Blase fortsetzen. Mikroskopisch wird die Diagnose Karcinom bestätigt. Operation verweigert.

5. 55jähriger Mann klagt über Schmerzen beim Urinieren, dünner Strahl und Ausflufs. Orificium gerötet, hinter den Lippen eine abgrenzbare, druckempfindliche Verhärtung der Urethra. Bougie à boule 20 passiert mit Blutung. Urethroskopisch sieht man die Harnröhre starr, dunkelrot, ohne Glanz und Falten. Nach 6 Wochen ist die Geschwulst gewachsen, Patient abgemagert, später wird die Diagnose mikroskopisch bestätigt. Da die Leistendrüsen frei waren, wird amputatio penis gemacht. 3 Jahre nach der Operation noch kein Recidiv und vollkommenes Wohlbefinden.

6. **Ett fall af primäres urethrakarcinom, hos en kvinna jänste sann manställning af förut kända fall af denna a komma,** Sandelin. (Finska Läkares es ällskapets Handlinger Band XI.)

Primäres Karcinom bei einer 65jährigen Frau, welches operiert wurde. Im Anschlufs stellt Verf. 10 in der Litteratur bekannte Fälle zusammen. Er rät, wenn irgend möglich, zur Operation.

7. **Primäres Urethrakarcinom,** Bosse. (Dissertation Göttingen 1897.)

Männlicher Patient, Alter ?, welcher wegen gonorrhoischer Striktur urethromiert wurde und unter zunehmendem Ödem und Cystitis purulenta zu Grunde ging. Sektion ergab ein Karcinom der Urethra. 7 cm lang, flach, höckrig, papillär, daneben ausgedehnte Infiltration der inguinalen und retroperitonealen Drüsen.

Ich glaube kaum, dafs mir ein weiterer veröffentlichter Fall entgangen sein dürfte. Es ergiebt die Zusammenstellung nun folgendes. Bis zum Jahre 1893 waren sieben Fälle bekannt, dazu kommen weiterhin mein Fall Fr. als achter und der neue Hottingersche mit den sieben soeben in extenso wiedergegebenen macht sechzehn Fälle.

Die Erkrankung mufs also immerhin noch als eine seltene

bezeichnet werden und rechtfertigt demnach eine genauere Besprechung.

Aus der Zusammenstellung ergiebt sich weiterhin, dafs man nicht allein die Fälle im allgemeinen an sich zu spät zu Gesicht und zur Operation bekommt, sondern, dafs man auch nichts weniger als immer die richtige Diagnose ante operationem gestellt hat. Wenn dies auch unter Umständen für den letalen Ausgang der Operation gleichgültig gewesen ist, so beweist es doch immer von neuem, dafs die Erkrankung als solche sehr selten bei Stellung der Diagnose mit in Betracht gezogen zu werden pflegt. Für nicht angezeigt dürfte man nach den jetzigen Anschauungen eine einfache Intraurethrotomie in einem Falle von starker Infiltration am Damme und Inguinaldrüsenschwellungen halten, wie dies 7. geschehen ist.

Uretercystoskop mit nebeneinander liegenden Gängen.

Von

Dr. **A. Kollmann** in Leipzig und Dr. **H. Wossidlo** in Berlin.

In der vorigen Nummer dieses Centralblattes brachte der eine von uns die Abbildung und kurze Beschreibung eines neuen Uretercystoskopes, welches auf dem Prinzip der Nebeneinanderlagerung von Cystoskop und Ureterkatheter beruht; daselbst wurden auch bereits in Kürze die Eigenschaften dieses Instrumentes angedeutet. Die folgenden Zeilen sind nun dazu bestimmt, sowohl den Bau des genannten Instrumentes als auch seine Gebrauchsweise genauer bekannt zu geben.

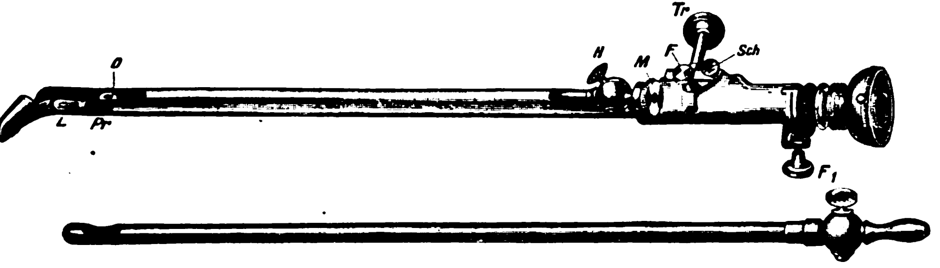


Fig. 1.

Der äufsere katheterähnliche Teil des Instrumentes besteht aus zwei vollständig voneinander getrennten Hälften; auf der einen Seite liegt das Rohr für das Cystoskop resp. den inneren metallnen Spülkatheter und auf der anderen das für die Führung des Ureterkatheters bestimmte Rohrsystem.

Das Rohr für das Cystoskop resp. den inneren metallnen Spülkatheter mündet central in einem langen Auge; die Dimen-

sionen dieses Auges sind so grofs bemessen, dafs es von dem Prisma und der Lampe des Cystoskopes, wenn dieses ganz eingeführt ist, gerade ausgefüllt wird; das Instrument gleicht also hierin vollkommen dem in der vorigen Nummer dieses Centralblattes von Kollmann beschriebenen Irrigationscystoskop. Die distale Öffnung des für das Cystoskop u. s. w. bestimmten Rohres ist ohne Besonderheiten; ebensowenig sind besondere Vorrichtungen in seinem Verlaufe vorhanden. Auf dem langen Raume des Handgriffs, etwa zwischen dem Buchstaben F und F_1, liefse sich aber bequem ein Schieberverschlufs anbringen, genau so wie jener in dem oben genannten Artikel über das Irrigationscystoskop beschriebene.

Das geradlinig verlaufende Hauptrohr für die Führung des elastischen Ureterkatheters ist central ganz offen; aufserdem ist ihm aber noch in einer Länge von etwas über 4 cm fast die ganze obere Hälfte weggenommen. Die Beschaffenheit dieses centralen Teiles wird man am schnellsten dann verstehen, wenn man zunächst das Instrument in dem Zustand betrachtet, wie es zur Einführung in die Blase bereit ist. Die gekrümmte Schnabelspitze ist dann glatt und ohne Lücken, weil diese in der Art einer negativen Form durch das centrale Ende der später zu beschreibenden beweglichen metallnen Führung des elastischen Ureterkatheters wie durch ein Positiv allenthalben ausgefüllt werden.

Das am Handgriff des Instrumentes mündende periphere Ende dieses geraden Hauptrohres ist für gewöhnlich durch einen kleinen Metallbolzen verschlossen; wenn man ihn entfernt, kann man durch das geradlinig verlaufende Rohr in seiner ganzen Länge hindurch sehen. Diese kleine Vorrichtung ist deshalb angebracht worden, weil es hierdurch möglich wird, auch das Innere dieses Rohrs — und zwar in seiner ganzen Länge — mit Wattetupfern gründlich zu trocknen, wie z. B. nach dem Auskochen; ein für sämtliche Gänge des Instrumentes passender, an dem einen freien Ende mit Gewinde versehener derartiger Tupfer ist dem Instrumente beigegeben.

An dem soeben beschriebenen langen geraden Hauptrohr zweigt etwas centralwärts vom dicken Handgriff des Instrumentes ein kleines, leicht gebogenes Seitenrohr ab, welches peripher in

der Muffe *M* endigt; in der Mitte seiner Länge befindet sich der Hahn *H*. Dieser Hahn ist deswegen angebracht worden, weil es hierdurch möglich wird, den Ureterkatheter erst in dem Augenblick in das Instrument einzuführen, wo man ihn wirklich braucht; der lang heraushängende freie Teil desselben wird in der Zeit, wo der Katheter überhaupt noch nicht gebraucht wird — also im Anfang der Sitzung, wo man nur mit der Spülung und Füllung der Blase, sowie mit dem Aufsuchen des Ureters beschäftigt ist — öfters als lästig empfunden.

Das beschriebene Rohr stellt den unbeweglichen Teil der metallnen Führung für den elastischen Ureterkatheter dar; von dem beweglichen Teil wird gleich noch die Rede sein.

Wir wenden uns nunmehr zu den inneren Teilen des Instrumentes. Am schnellsten können wir dabei erledigen die Beschreibung des Cystoskops und des inneren metallnen Spülkatheters, weil diese mit den gleichen Teilen des in der vorigen Nummer dieses Centralblattes von Kollmann beschriebenen Irrigationscystoskops in der Hauptsache vollkommen identisch sind. Vor allem ist also zu betonen, dafs auch bei dem hier publizierten Instrumente das Cystoskop durchaus auf Güterbockschem Prinzip fufst. Der einzige Unterschied, der zwischen diesem Cystoskop und dem Cystoskop des Irrigationsinstrumentes vorhanden ist, ist ein geringfügiger, nebensächlicher; er betrifft lediglich die an dem peripheren Ende des Cystoskops vorhandene, durch den Zweck des Instrumentes bedingte Einrichtung für Fixierung desselben, resp. den Anschlag für die Drehbewegung um die Längsaxe innerhalb eines Bogens von etwa 120 Grad. Die Art dieser Einrichtung wird durch die beigegebene Figur leicht verständlich; sie besteht aus einem metallnen Halbring mit einer in der Mitte eingedrehten Rinne, über welcher die Schraube F_1 zu liegen kommt; dieser Halbring trägt an jedem seiner zwei Enden einen kleinen Anschlagstift, von denen in der beigegebenen Figur aber nur der eine sichtbar ist. Das Cystoskop ist in der beigegebenen Figur so weit um seine Längsaxe rechts herum gedreht, dafs Lampe und Prisma im Auge des Aufsenkatheters zu liegen kommen. Würde man das Cystoskop in umgekehrter Richtung — also nach links — drehen, bis es zuletzt an den in der Figur sichtbaren Anschlag anstöfst, so würden Lampe und

Prisma vollständig verschwunden sein; diese letztere Position des Cystoskops ist diejenige, in der dasselbe am Ende einer Sitzung — vorausgesetzt, dafs nicht noch eine Schlufsspülung projektiert ist — aus der Blase entfernt werden soll. Die Schraube F_1 erlaubt es, das Cystoskop an jedem Orte der Axendrehung innerhalb der durch die zwei Anschlagstifte gegebenen Grenzen zu fixieren.

Noch geringfügiger ist der Punkt, durch welchen sich der zu unserem hier zu beschreibenden Instrumente verwendete innere Spülkatheter von demselben Teil des letzthin beschriebenen Irrigationscystoskopes unterscheidet; der Unterschied besteht lediglich darin, dafs derselbe einen Anschlagstift nicht besitzt. Welche Stellung das Auge des Spülkatheters einnimmt, kann man durch den aufsen befindlichen Hahn erkennen.

Dafs sowohl das Cystoskop als auch der innere Spülkatheter, wenn sie tief eingeführt sind, gut dichten, wird dadurch erreicht, dafs am Rohr von beiden peripher ein metallner Conus angebracht ist.

Die metallne Führung für den elastischen Ureterkatheter zerfällt in zwei Teile, einen festen, mit der äufseren Hülse dauernd verbundenen Teil, den wir bereits kennen lernten, und einen andern beweglichen. Die Form des centralen Endes vom beweglichen Teile ist, wie wir schon oben bemerkten, derartig gebaut, dafs es die in der äufseren Hülse auf dieser Seite vorhandenen Lücken allenthalben zu einem Ganzen zu schliefsen vermag. Nach oben zu befindet sich die Öffnung *O*, aus der der Ureterkatheter hervortritt; dadurch, dafs letzterer eine Strecke lang in einem stark nach aufwärts ziehenden Kanal gleiten mufs, erhält er eine scharfe Biegung. Das periphere Ende dieses beweglichen Teils trägt eine Zahnstange für den Trieb *Tr*. Centralwärts von dieser Zahnstange ist das Rohr nach oben zu eine Strecke weit offen, weil hier der elastische Ureterkatheter nach dem früher bereits erwähnten unbeweglichen Teil übertritt. Der bewegliche Teil der Führung läfst sich nach vorn zu — also centralwärts — aus dem Instrument vollständig herausziehen.

Der äufsere katheterartige Teil des Instrumentes besitzt an seinem Handgriff noch einige kleine Vorrichtungen, die einstweilen teils nur nebenbei erwähnt, teils aber absichtlich über-

gangen wurden; es sind die in der beigegebenen Figur mit *Tr*, *F* und *Sch* bezeichneten. Durch Benutzung des Triebes *Tr* läfst sich die centrale Öffnung *O* des Führungsrohres vom Ureterkatheter innerhalb einer Strecke von etwa 4 cm hin und her bewegen; durch Anziehen der Schraube *F* ist das Rohr an jedem gewünschten Punkte feststellbar. Wenn das Instrument zum Einführen in die Blase oder zum Herausziehen bereit ist, kann man diese Öffnung *O* nicht sehen, weil sie dann durch die zu dem Aufsenkatheter gehörigen Teile der Schnabelspitze verdeckt wird; sie kommt erst dann zum Vorschein, wenn man den Trieb *Tr* benutzt und damit die bewegliche Führung des Ureterkatheters dem Handgriff des Instrumentes näher bringt.

Sch ist ein kleiner Schieber. Wenn er peripher zurückgeschoben ist, wird der Trieb *Tr* festgehalten, verschiebt man ihn centralwärts, so kann man den Trieb herausnehmen.

Der Umstand, dafs das Cystoskop und die Führung des Ureterkatheters nicht übereinander liegen, wie bei den bisher gebräuchlichen Instrumenten, sondern nebeneinander, veranlafste aber noch eine andere Eigentümlichkeit im Bau dieses Instrumentes. Dasselbe ist nämlich so eingerichtet, dafs Prisma und Lampe auf der einen Seite und der Ureterkatheter auf der anderen Seite während des Gebrauchs leicht zu einander geneigt stehen.

Zu diesem Behufe schaut zunächst das centrale Ende der metallnen Führung für den Ureterkatheter dauernd in einem leichten Winkel nach l i n k s, und andererseits ist der eine, in der Figur nicht sichtbare Anschlag für das Cystoskop so angebracht, dafs bei der Axendrehung ad maximum nach rechts das Prisma und die Lampe in dem gleichen leichten Winkel nach r e c h t s schauen. Bei dieser soeben genannten Einstellung des Cystoskops ist im endoskopischen Gesichtsfelde rechts stets ein kleiner Teil des Randes vom grofsen Auge des Aufsenkatheters sichtbar. Das Cystoskop während der Uretersondierung stets so weit nach rechts zu drehen, ist übrigens nicht nötig, weil man auch schon bei gewöhnlicher gerader Stellung von Lampe und Prisma den austretenden elastischen Ureterkatheter — infolge der konstanten schrägen Richtung des Endes von seinem Führungsrohr — gut sieht; der durch die schräge Stellung des Cystoskops bedingte

Vorteil besteht in der Hauptsache nur darin, dafs auch die ersten Partien des austretenden Katheters genau in die Mitte des Gesichtsfeldes gebracht werden können. Die Möglichkeit, die Stellung des Cystoskops zu dem Ureterkatheter in lateraler Richtung zu verändern, ist übrigens bekanntlich auch dem Albarranschen Uretercystoskop eigen,[1]) und also in diesem Punkte eine gewisse funktionelle Ähnlichkeit unseres Instrumentes mit jenem vorhanden.

Wenn man das Instrument benutzen will, nimmt man, soweit dies möglich, erst sämtliche Teile auseinander, um sie — mit Ausnahme des Cystoskops — zu kochen. Die bewegliche metallne Führung für den Ureterkatheter bekommt man am schnellsten und schonendsten dann heraus, wenn man den früher erwähnten kleinen Metallbolzen am peripheren Ende des Handgriffes entfernt und nun mit irgend einem dünnen Gegenstand — z. B. einem Wattetupfer — ein Stück weit in das periphere Ende des Rohres eingeht; hierdurch wird die metallne bewegliche Führung an der Schnabelspitze herausgeschoben und kann nun leicht mit der Hand erfafst und ganz entfernt werden.

Durch Vorschieben des kleinen Schiebers *Sch* löst man die Arretierung für den Trieb *Tr* und nimmt dann auch diesen heraus.

Dafs die Cystoskope infolge der seit einiger Zeit von Herrn Heynemann verwandten besonderen Verkittung sich auch mit Spiritus und Äther reinigen lassen und zwar auch dann, wenn Lampe und Prisma erst kurz vorher eingesetzt sind, wurde bereits in dem Artikel über das Irrigationscystoskop bemerkt.

Hat man nach geschehener Desinfektion das Instrument wieder zusammengesetzt, so wird zunächst der Hahn *H* des unbeweglichen Teiles der Katheterführung geschlossen, und vermittelst der Schraube *F* die bewegliche Katheterführung in der für die Einführung des Instrumentes nötigen Stellung — in der

---

[1]) Siehe den Artikel „Ein neues Ureterencystoskop und dessen Anwendung". Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongrefs zu Moskau 1897 von Professor Albarran. Ins Deutsche übertragen von Dr. Ernst R. W. Frank, Berlin. (Centralblatt für die Krankheiten der Harnorgane, 8. Band, S. 700.)

die Schnabelspitze also vollständig glatt erscheinen mufs — fixiert. In das Rohr, welches in der beigegebenen Figur das Cystoskop enthält, kommt zunächst der in der Figur unten besonders gezeichnete und nun noch mit einem kurzen Gummischlauch versehene Spülkatheter; damit das grofse Auge des Aufsenkatheters vollkommen geschlossen wird, mufs das Auge des ersteren nach unten gerichtet sein. Nachdem das Instrument so eingeführt ist, wird zunächst die Blase gewaschen und diese dann mit der nötigen Menge Borwasser angefüllt. Ist dies geschehen, so zieht man den Spülkatheter mit der einen Hand heraus und schliefst in demselben Augenblick die periphere Öffnung des Rohrs mit dem Daumen der anderen Hand, um dann nach Entfernung desselben schnell das Cystoskop einzuführen. Der Vorgang ist also hier genau der gleiche, wie bei dem alten Güterbockschen Irrigationscystoskop; wenn am Handgriff ein Schieber eingebaut wird, — was sich, wie bereits oben bemerkt, sehr leicht ausführen läfst — gestaltet sich der Vorgang natürlich weit bequemer. Ist das Cystoskop ganz eingeschoben, so wird es so weit nach rechts herum gedreht, bis es so steht, wie in der beigegebenen Figur; in dieser Stellung wird es dann durch die Schraube F_1 fixiert. Jetzt schiebt man den elastischen Ureterkatheter durch das in der Muffe *M* befindliche Loch und den im Inneren gelegenen als Dichtung dienenden Duritring hindurch bis an den Hahn *H* und nach Öffnung desselben immer weiter, bis er im Inneren der einstweilen noch geschlossenen Schnabelspitze angehalten wird. Übrigens könnte man bei der Anfertigung des Instrumentes den Hahn *H* natürlich auch fehlen lassen; selbstverständlich mufs man dann aber der Dichtung wegen das Instrument vor der Einführung in die Blase stets mit dem elastischen Katheter versehen. Wenn man durch den heraushängenden langen Teil des Ureterkatheters im Anfang der Sitzung nicht gestört wird, ist diese Art des Vorgehens vielleicht sogar die empfehlenswertere, weil das Instrument bei gefüllter Blase auf diese Weise besser dichtet.

Nachdem man sich den zu katheterisierenden Ureter aufgesucht hat, hält man das Instrument ruhig und bewegt darauf durch Benutzung des Triebes *Tr* die bewegliche metallene Führung des Katheters soweit zurück, bis der — inzwischen ein Stück

weit herausgeschobene — elastische Katheter im Gesichtsfeld die richtige Stellung einnimmt. In den meisten Fällen wird man zu diesem Behufe den beweglichen Führungsteil in der Richtung nach dem Handgriff soweit zurück zu drehen haben, bis die Austrittsstelle des elastischen Katheters distal vom Prisma angelangt ist und dort am Ende des im rechten äufseren Rohr vorhandenen langen Ausschnittes wirklich oder beinahe anstöfst.

Bezüglich der Art, wie der Katheter in die Uretermündung einzuführen ist, braucht etwas Besonderes nicht bemerkt zu werden; man verfährt bei Benutzung dieses Instrumentes genau so, wie bei anderen Uretercystoskopen. Es soll aber gleich hier darauf aufmerksam gemacht werden, dafs das Instrument nicht gestattet, den Katheter für sich allein im Ureter liegen zu lassen. Will man den Katheter im Ureter liegen lassen, so mufs gleichzeitig auch das ganze Instrument in der Blase verbleiben; vor der Entfernung des Instrumentes aus der Blase mufs der elastische Katheter erst stets ganz hereingezogen und die Schnabelspitze durch Vorwärtsdrehen des beweglichen Führungsteiles wieder vollkommen geschlossen werden. Wir geben zu, dafs hierin ein gewisser Mangel des Instrumentes liegt; diesem stehen aber folgende Vorteile gegenüber:

Das Instrument ist mit Ausnahme des Cystoskopes vollkommen auskochbar. Die im Inneren verlaufenden Gänge lassen sich an jedem Punkte sowohl von der einen als auch von der anderen Seite her durch Wattetupfer u. s. w. bequem erreichen, und also auch nach dem Kochen noch mechanisch gründlich säubern und trocknen. Das Instrument erlaubt in jedem Stadium der Untersuchung die Blase schnell und ausgiebig zu waschen, ohne dafs es nötig ist, zuvor das Instrument im ganzen zu entfernen. Wenn die Lampe oder das Prisma des Cystoskopes mit Blutgerinnseln, Schleim u. s. w. belegt sind, so lassen sich diese nach dem Herausziehen des Cystoskopes abwischen, ja man kann sogar während der Untersuchung mit Leichtigkeit eine durchgebrannte Lampe auswechseln.

Aufser dem oben erwähnten Umstand könnte man dem Instrument aber ferner vielleicht noch vorwerfen, dafs dasselbe nicht erlaubt, die Biegung des austretenden Ureterkatheters zu

verändern, dafs es also in diesem Punkte den alten Nitzeschen Modellen gleicht. Wir können jedoch nicht zugeben, dafs dies bei einem Instrument, wie dem vorliegenden, ein besonderer Fehler ist, weil die Einrichtung desselben es ja ermöglicht, die Entfernung zwischen dem Prisma und dem Austritt des Ureterkatheters durch Benutzung des Triebes zu variieren, ebenfalls mit demselben Erfolg wie bei den erwähnten Modellen von Nitze. Wenn es ein Fehler ist, so ist es jedenfalls kein grofser.

Mit der Fertigstellung des in obigen Zeilen beschriebenen Instrumentes war unsere Aufgabe, ein Uretercystoskop mit nebeneinanderliegenden Gängen zu schaffen, zunächst in einer der verschiedenen möglichen Weisen gelöst. Andere Arten der Ausführung sind nicht schwer zu finden; z. B. läfst sich so auf der einen Seite statt des beweglichen Führungsrohres eine Einrichtung anbringen, wie sie das Caspersche Instrument besitzt — nämlich ein über einer Rinne verschiebbarer Deckel — oder die von Albarran eingeführte, willkürlich heb- und senkbare Schaufel. Jede der zwei genannten Arten würde es erlauben, dem Katheter eine variable Biegung zu geben, allerdings unter Verzicht auf die willkürlich zu verändernde Entfernung zwischen der Austrittsstelle des Katheters und dem Prisma. Bei der Wahl einer von diesen zwei Konstruktionen würde es selbstverständlich auch möglich sein, das Instrument für sich allein aus der Blase zu entfernen, den elastischen Katheter jedoch im Ureter resp. im Nierenbecken liegen zu lassen.

Endlich noch eins: Das in Vorstehendem beschriebene fertige Uretercystoskop mit nebeneinander liegenden Gängen oder die in Erwägung gezogenen anderen Ausführungen desselben stellen im Princip eigentlich nur Güterbocksche Cystoskope dar, die mit Vorrichtungen für Uretersondierung versehen sind. Die Art, wie dies durch Anbringung von nebeneinander liegenden Gängen teils schon erreicht, teils erst geplant ist, ist neu; es kommt uns jedoch nicht in den Sinn, behaupten zu wollen, dafs auch der Gedanke dieser Vereinigung überhaupt etwas neues darstellt. Wir sind uns vielmehr sehr wohl bewufst, dafs — wie aus der ersten Veröffentlichung Güterbocks über das nach ihm genannte Instrument hervorgeht — auch Güterbock selbst schon an die

Möglichkeit einer Ausarbeitung seines Instrumentes zu einem Uretercystoskop gedacht hat.[1])

Figurenerklärung.

Zu oberst liegt das mit dem Cystoskop versehene komplette Instrument; die Lampe des Cystoskopes *L* und das Prisma *Pr* schauen durch das grofse Auge des einen, in der Figur unten liegenden, seitlichen Führungsrohres hervor. Dadurch, dafs die bewegliche Führung für den Ureterkatheter vermittelst des Triebes *Tr* peripher zurückgedreht wurde, bekam die Schnabelspitze des Instrumentes eine grofse Lücke; wenn man diese Führung wieder centralwärts, also nach vorn zu, dreht, bis sie anstöfst, legt sich das Ende derselben in die in der Figur vorhandene grofse Lücke hinein und füllt diese vollkommen aus. Die bewegliche Führung ist in der Figur soweit zurückgedreht, dafs ihre Öffnung *O* etwa neben dem Prisma zu stehen kommt; in Wirklichkeit läfst sich diese aber noch eine Strecke weiter zurückdrehen, jedenfalls so weit, dafs die Partie der Austrittsstelle vom Ureterkatheter aus dem endoskopischen Gesichtsfelde vollständig verschwindet.

F ist die Schraube zum Feststellen der beweglichen Führung, F_1 ist die Schraube für die Feststellung des Cystoskopes.

H ist ein Hahn und *M* eine Muffe am unbeweglichen Teil der Führung des Ureterkatheters.

Sch ist ein Schieber, welcher — nach vorn bewegt — den Trieb *Tr* freigiebt.

Der unterhalb des Instrumentes gezeichnete metallene Spülkatheter dient zum Auswechseln mit dem Cystoskop und bedarf keiner weiteren Erklärung. Dafs er bei der Benutzung an seinem peripheren Ende mit einem kleinen Stück Gummischlauch versehen wird, ist selbstverständlich.

---

[1]) Das in vorstehenden Zeilen beschriebene Instrument wurde angefertigt in der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig.

Uretercystoskop mit übereinander liegenden Gängen.

Von

Dr. **A. Kollmann** in Leipzig.

Nach der Fertigstellung des in der Augustnummer dieses Centralblattes von mir beschriebenen Irrigationscystoskopes mufste der Gedanke nahe liegen, dasselbe auch als Grundstock für den Bau eines Uretercystoskopes mit übereinander liegenden Gängen zu verwenden. Ein derartiges Instrument ist ebenfalls seit einiger Zeit vollkommen gebrauchsfertig, und will ich den Bau und die Anwendungsweise desselben in den folgenden Zeilen besprechen. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, verweise ich in allen den Punkten, wo die Konstruktion und die Handhabung desselben mit der jenes bereits beschriebenen Irrigationscystoskopes übereinstimmen, auf die oben citierte Veröffentlichung. Aufserdem ist übrigens auch in der vorstehend abgedruckten Publikation des Uretercystoskopes mit nebeneinander liegenden Gängen mehreres bemerkt, was für die Handhabung dieses Uretercystoskopes mit übereinander liegenden Gängen in gleicher Weise Geltung hat.

Ich beginne zunächst mit der Beschreibung des jenem Irrigationscystoskop entsprechenden Teiles. Dasselbe genau in der alten Form für den Bau dieses Uretercystoskopes zu verwenden, war nicht angängig; es machte sich vielmehr nötig, dasselbe vorher zu modifizieren. Diese Modifikation betrifft jedoch lediglich die Partien distal von dem Schieber, dessen Knopf in den beigegebenen zwei Figuren mit *K* bezeichnet ist, während central von diesem Schieber alles genau so gelassen werden konnte, wie bei dem alten Modell.

Die Modifikation distal von dem Schieber wurde in zweierlei Art ausgeführt. Einmal wurde die Einrichtung getroffen, wie sie

durch Figur 1 verdeutlicht wird. Sie besteht darin, dafs der distale Teil des Rohrs samt der Muffe vollständig abnehmbar ist; festgehalten wird er durch die Schraube *F*. Verschiedene Über-

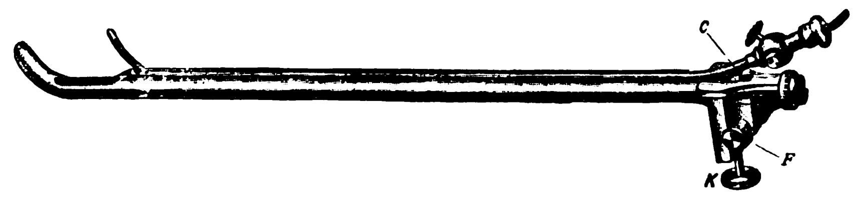


Fig. 1.

legungen liefsen uns jedoch von dieser Einrichtung nachträglich wieder Abstand nehmen; unter anderem machten wir z. B. auch die Bemerkung, dafs es sich schwer vermeiden läfst, den Teil ohne jede Erschütterung des Gesamtinstrumentes zu entfernen, denn auch bei gröfster Vorsicht giebt es gewöhnlich einen kleinen Ruck. Wir wählten dann später die in der Fig. 2 verdeutlichte

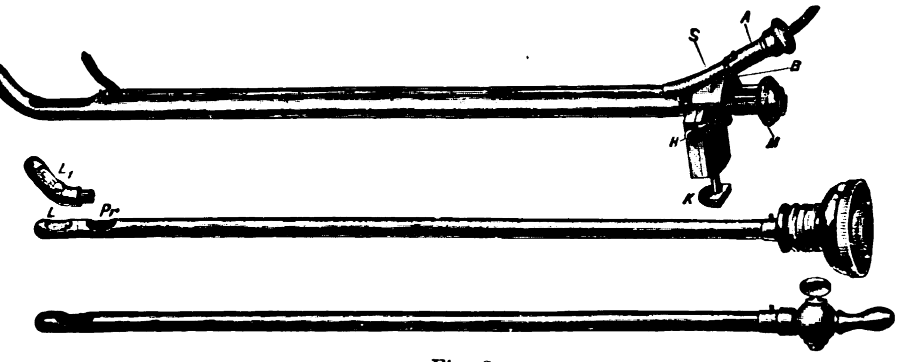


Fig. 2.

Konstruktion und werden diese für künftig auch beibehalten. Der distale Teil ist dabei nicht abnehmbar, sondern er läfst sich durch die Bewegung eines kleinen mit einem Hebel *H* verbundenen Schlittens nach unten verschieben; der distale Teil des Rohrs — zwischen dem Hebel *H* und der Muffe *M* — sitzt auf diesem Schlitten fest und mufs daher alle Bewegungen desselben mitmachen. Selbstverständlich ist die Construktion derartig, dafs sie während des Gebrauches des Instrumentes vollständig dichtet.

Der Zweck, den wir mit den vorbeschriebenen zweierlei Ausführungen erstrebten, ist leicht verständlich; es ist einfach der, das distale Ende des Instrumentes für die gleich zu schildernde Einrichtung der Führung des Ureterkatheters zu gewissen Zeiten möglichst frei zu bekommen.

Für die Katheterführung benutzten wir zunächst das Caspersche Princip eines über einer Hohlrinne verschiebbaren Deckels und erreichten hierdurch die mit dieser Konstruktion verbundene bekannte Handhabung. Dieser Teil ist jenem anderen vorher beschriebenen Teile einfach oben aufgesetzt; in seinen vorderen centralen Abschnitten gleicht er vollständig der von Casper benutzten Ausführung; sein distales Ende ist aber von jener verschieden. Das distale Ende besteht nämlich aus drei Teilen, einem oberen (*S*) und einem unteren nach aufwärts gebogenen Halbrohr, sowie einer Hülse (*A*), welche, wenn sie über diese beiden Halbrohre darüber geschoben wird, eine feste Verbindung derselben bewirkt. Die Hülse trägt an ihrem distalen Ende eine Muffe mit einem im Innern liegenden, als Dichtung dienenden Duritring; ein Bayonettverschlufs verhindert, dafs diese Hülse von den zwei Halbrohren abgleiten kann. Das untere Halbrohr gleitet vermittelst seiner Unterlage *B* auf einem Schlitten, das obere Halbrohr (*S*) ist mit dem vorderen geraden langen Schieberdeckel fest verbunden und bildet also eigentlich nur die distale Fortsetzung dieses Deckels.

Die Anwendungsweise des Instrumentes ist folgende: Nachdem man es mit Ausnahme des optischen Rohrs gekocht hat, wird es mit dem, eventuell mit Mandrin armierten Ureterkatheter, sowie mit dem metallnen inneren Spülkatheter versehen und in die Blase eingeführt. Nachdem diese gewaschen und gefüllt ist, wird der Spülkatheter entfernt und dafür das Cystoskop eingesetzt; bei dem Auswechseln verfährt man unter Benutzung des Schiebers genau so, wie in der Augustnummer bei der Beschreibung des Irrigationscystoskopes angegeben wurde. Nun führt man den elastischen Katheter in den Ureter ein in gleicher Weise, wie bei dem Instrument von Casper; ist dazu eine steilere Krümmung des austretenden Teiles nötig, so schiebt man also den Deckel weiter vor, im anderen Falle zieht man ihn zurück.

Beabsichtigt man den elastischen Katheter im Ureter liegen

zu lassen, das Instrument aber zu entfernen, so zieht man zunächst das optische Rohr heraus — wenn man will unter Benutzung des Schieberverschlusses — bewegt dann mittelst des Hebels *H* das okulare Ende des unteren Instrumententeiles nach unten, zieht die distale Hülse *A* nach Lösung des Bayonettverschlusses vorsichtig über dem elastischen Katheter ab und nimmt darauf den unteren auf dem Schlitten gleitenden Teil *B* nach hinten zu von dem Instrument weg. Wenn man nun bei *S* anfafst und den ganzen Schieberdeckel ebenfalls nach hinten herauszieht, so liegt der elastische Katheter nur noch in der Rinne; aus dieser kann er, wie bei dem Casperschen Instrument, entweder durch nochmaliges Einschieben des Deckels oder durch einen besonders angefertigten Mandrin herausgehoben werden. Dass vor dem Herausziehen des Instrumentes das grofse Auge der Hülse gedeckt werden muss, ist selbstverständlich; hierzu kann man, ganz wie man will, entweder das Cystoskop oder den inneren metallnen Spülkatheter benutzen.

Die Eigenschaften, durch die sich dies Instrument von anderen Uretercystoskopen unterscheidet, bestehen hauptsächlich darin, dafs es die Caspersche Einrichtung der Katheterführung und -Richtung, sowie die Möglichkeit, das Katheterrohr in eine Rinne zu verwandeln, verbindet mit den Vorteilen des in der Augustnummer dieses Centralblattes beschriebenen Irrigationscystoskopes. Die wichtigsten derselben sind kurz rekapituliert: Auskochbarkeit der am meisten in Betracht kommenden Teile und die Möglichkeit, in jedem Augenblick sowohl eine äufserst ergiebige und schnelle Blasenspülung vornehmen, als auch das Prisma und die Lampe bei Bedarf gründlich säubern zu können, ohne vorher das Instrument im Ganzen entfernen zu müssen.

Dafs sich der für die Führung des elastischen Katheters bestimmte Teil des Instrumentes auch noch in anderer Weise herstellen läfst, als in der des Casperschen Principes, ist natürlich selbstverständlich; die von Albarran eingeführte bewegliche Schaufel, mit der man die Katheterspitze beliebig heben oder senken kann, würde hierzu ebenfalls gut verwendbar sein.[1])

---

[1]) Das in Vorstehendem beschriebene Instrument wurde angefertigt in der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig.



Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Ein Verfahren zum Nachweise der Gallenfarbstoffe im Harn. Von O. Hammarsten. (Skandin. Arch. f. Physiol. 9, S. 313)

Eine wenig Salpetersäure (1 : 19—99) enthaltene Salzsäure, die durch längeres Stehen schon etwas gelblich geworden ist, wird mit 95 % Alkohol (1 : 5) vermischt und dem Gemisch einige Tropfen des Harnes zugefügt; es tritt rein grüne Färbung auf. Enthält der Harn wenig Gallenfarbstoffe oder viel anderweitige Farbstoffe, so wird mit Barium oder Calciumchlorid gefällt, centrifugiert, der Bodensatz mit der beschriebenen Alkoholmischung übergossen und nochmals centrifugiert. Blutfarbstoff stört die Reaktion nicht. Sollte Hämatoporphyrin oder ähnliche Farbstoffe, welche das Grün der Reaktion verdecken, vorhanden sein, so fälle man den sauren Harn nicht mit Barium-, sondern mit Calciumchlorid und setze soviel Ammoniak zu, daſs die Reaktion höchstens neutral wird und verfahre dann wie angegeben.

Malfatti-Innsbruck.

De l'indicanurie physiologique et expérimentale chez l'homme sain. Von Gilbert u. Weil. (Société de Biologie, 7 Juillet 1900. La Presse Médicale, 11 Juillet 1900.)

G. und W. haben mit einer verfeinerten Methode bei sechs gesunden Säuglingen Indikanspuren gefunden. Experimentell haben sie auf Pillen von 0,005 krystallisiertem Indol deutliche Indikanreaktion erhalten, die nach einer Stunde erschien, am Ende der vierten Stunde ihren Höhepunkt erreichte und nach zehn Stunden verschwand.

F. Fuchs-Breslau.

Ochronose und Melaninharn. Von Hecker und F. Wolf. (Pharm. Centr. H. 40, pag. 761.)

Bei einem Falle von Ochronose, wie man mit Virchow eine eigentümliche Schwarzfärbung der Knorpel und knorpelähnlichen Gewebe nennt, war der Zucker — und eiweiſsfreie Harn meist gelb, bisweilen bräunlich gefärbt, beim Stehen an der Luft wurde er aber schwarz. Dieselbe Färbung konnte mit Eisenchlorid erzeugt werden; Reduktion mit Zink und Salzsäure entfärbte den dunkeln Farbstoff wieder. Es handelt sich also um ein Melanin.

Malfatti-Innsbruck.

I. **Kritik der Diazoreaktion.** Von H. Wolf. (Wien. med. Presse 1899, Nr. 10)

II. **Reagensglas zur exakten und bequemen Darstellung der Ehrlichschen Diazoreaktion.** Von B. Ranke. (Fortschr. d. Med. 1899, Nr. 36.)

Der grüne Niederschlag, der bei Anstellung der Diazoreaktion auftritt,

ist eine Färbung, welche dem harnsauren Ammon anhaftet, und kann fehlen, wenn die Harnsäure fehlt, deren Zusatz dann wieder den grünen Niederschlag hervorruft. Ist harnsaures Ammon vorhanden und nicht grün gefärbt, so ist die Probe als negativ zu bezeichnen. Prognostisch ist der dauernd negative Ausfall der Probe bei Typhus vom 6. Tage an von guter Vorbedeutung; das Verschwinden der Reaktion bei Typhus zeigt bei gutem Allgemeinbefinden die bevorstehende Entfieberung, bei schlechtem Befinden den Exitus oder eine intercurrente Erkrankung (Pneumonie) an. Bei Tuberkulose ist positive Diazoreaktion, wie bekannt, ungünstig. Verlangt ja doch z. B. M. Michaelis (Über Diazoreaktion bei Phthisikern und ihre prognostische Bedeutung, Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie Bd. 3, Heft 2) auf Grund seiner Untersuchungen an 75 Phthisikern, bei denen die Probe positiv ausfiel und von denen 57 starben (während immerhin 8 gebessert entlassen wurden), dafs in Zukunft solche Kranke, bei denen die Probe positiv ausfällt, von der Aufnahme in Lungenheilstätten auszuschliefsen seien, da die Aussicht auf Heilung allzu gering sei!

Wenn Zweifel zwischen der Diagnose Meningitis oder Miliartuberkulose herrschen, spricht negativer Ausfall der Probe für erstere.

B. Ranke hat für Anstellung der Probe ein Probierröhrchen hergestellt, auf welchem durch Marken die 0.2 cm^3 Natriumnitritlösung, die 10 cm^3 Sulfanilsäure, 10 cm^3 Harn und 2.5 cm^3 Ammoniak, die nacheinander zusammengemischt müssen, angemerkt sind, so dafs sich die Ausführung der Reaktion bequem und sparsam gestaltet. Malfatti-Innsbruck.

Injections comparatives d'urines toxiques. Von M. R. Quinton. (Société de Biologie, 23 Juin 1900. La Presse Médicale, 30 Juin 1900.)

Verfasser hat Hunden pathologischen Urin, dem er eine Dichtigkeit von 1008,3 gegeben hatte, mit einer Geschwindigkeit von 0,75 ccm auf das Kilo und in der Minute eingespritzt. Der Tod erfolgte mehrere Stunden nach der Injektion. Man erhält drei verschiedene Gruppen von Länge der Lebensdauer je nach der Menge der injizierten Flüssigkeit, 40 Stunden nach einer Injektion von 170 gr auf das Kilo Tier, 20 Stunden nach 90 gr, 12 Stunden nach 60 gr. Die renale Ausscheidung wird schwächer, wenn die Toxicität der injizierten Flüssigkeit stärker wird, im obigen Falle 110, 47, 33.

F. Fuchs-Breslau.

Physikalisch-chemische Untersuchungen über das Verhalten der Harnsäure und ihrer Salze in Lösungen. Von W. His d. J. (Centralbl. f. Stoffwechselkrankh. 1900, S. 61.)

Diese mit Prof. Th. Paul gemeinsam angestellten Untersuchungen ergeben, dafs die Löslichkeit des primären harnsauren Salzes durch Anwesenheit eines beliebigen anderen Natronsalzes vermindert wird. Also ist es unmöglich, durch Natronbicarb.-Darreichung das Ausfallen von Gichtkonkrementen zu verhindern oder deren Lösung zu erleichtern. Aber auch durch Anwendung von Lithion- und Kalisalzen wird die Löslichkeit des sauren

Natronurats im Körper keineswegs vermehrt. Reine Harnsäure hat eine Löslichkeit im Verhältnis von 1 : 38000 bei 18°. Dem Problem der Harnsäurelösung kann man sich nur nähern: 1) durch Erhöhung der Alkalescenz der Körpersäfte; 2) durch Auffindung von Stoffen, die in die Körpersäfte übergehen und mit der Harnsäure leicht lösliche oder oxydable gepaarte Verbindungen eingehen. Derartige Substanzen kennt man zur Zeit noch nicht. Kaufmann-Frankfurt a. M. (Homburg v. d. H.)

Étude expérimentale et clinique des principaux litholithiques. Von Dr. Henri Vindevogel. (Annales de la société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Tom. IX, Fasc. 1.)

Der Verf. bespricht zunächst in der Einleitung zu seiner Arbeit die heute anerkannten Theorien über die Bildung der Harnsäure und führt aus, daſs trotz aller bisherigen Untersuchungen das Dunkel über die Entstehung einer so wichtigen Erkrankung wie die harnsaure Diathese noch wenig gelichtet ist. Er stellt sich die Aufgabe, die gegen diese Krankheit empfohlenen Mittel einer Prüfung zu unterziehen und bespricht im ersten Teile die Laboratoriumsversuche, die mit den einzelnen Medikamenten angestellt wurden, während im zweiten Teile die nach Anwendung bei zahlreichen Kranken gewonnenen Resultate einer kritischen Würdigung unterworfen werden.

Einer Prüfung unterlagen Urotropin, Piperazin, Lycethol, Lysidin, Uricedin, Natriumbikarbonat, Kalikarbonat und Harnstoff.

Die in sehr vorsichtiger und sachgemäſser Weise angestellten Reagensglasversuche ergaben, daſs von allen diesen Mitteln das von englischen Ärzten schon lange empfohlene Kalikarbonat bei weitem das beste harnsäurelösende Agens ist. Die Krankenbeobachtung lieferte eine vollgiltige Bestätigung für diese Thatsache. Die gegen die harnsaure Diathese mit so groſser Emphase angepriesenen Mittel wie Piperazin, Urotropin, Lysidin etc. haben Kranken und Ärzten eine mehr oder weniger vollkommene Enttäuschung bereitet, während das Kalikarbonat die erheblichste Anwendung verdient.

F. Fuchs-Breslau.

Einfluſs der Traubenkur auf den menschlichen Stoffwechsel. Von Dr. Benno Laquer. (Centralbl. f. inn. Med. 1899, pag. 193.)

Abgesehen von der nebensächlichen Ernährung durch die Nahrungsstoffe der Trauben, setzen die Salze derselben die Acidität des Harnes herab, die aromatischen Substanzen verringern etwas die Harnsäureausscheidung. Ein Antagonismus zwischen der (nicht vermehrten) Hippursäure- und Harnsäurebildung konnte nicht beobachtet werden. Gröſsere Mengen Traubensaft wirken diarrhoisch, steigern die Eiweiſsfäulnis im Darm, und damit die Ätherschwefelsäureausscheidung im Harn, und bewirken so Abnahme des Körpergewichtes. Werden Schalen und Kerne mitgenossen, so kommt es infolge des Gerbstoffgehaltes derselben nicht zu solchen Erscheinungen manchmal auch zu Verstopfungen. Die Diurese wurde nicht gesteigert.

Malfatti-Innsbruck.

2. Erkrankungen der Nieren.

Néphrite infectieuse miliaire (colibacillaire) unilatérale prise pour une tuberculose rénale; néphrectomie. Von Pousson. (La Presse Méd. Nr. 46, 9. Juni 1900.)

Der Kranke, um den es sich handelt, hatte nach einem Coitus eine starke Blutung bekommen. P. glaubte, zumal der Mann eine gewisse Vergröfserung der Prostata aufwies und eine gewisse Röte der Blasenschleimhaut zeigte, es läge nur eine Stauungskongestion vor. Nach 14 Tagen erneute reichliche Blutung; durch das Cystoskop glaubte P. in der Höhe der rechten Ureterenmündung einen papillomatösen Tumor zu erkennen; da weder Schmerzen noch Vergröfserung der Niere nachzuweisen waren, mufste man als dessen Sitz die Blase annehmen. Hoher Steinschnitt. Der vermutete Tumor erwies sich als Blutgerinsel, das im Urether steckte. Nach seiner Entfernung kam aus dem Urether ein undefinierbarer Satz. Die Diagnose Nierentuberkulose schien fast gewifs; die Niere wird entfernt, zeigt makroskopisch auf dem Schnitt durchaus der Miliartuberkulose ähnliche Knötchen, die sich mikroskopisch jedoch durch Bacter coli entstanden erwiesen. P. hält die Entstehung auf dem Wege des Blutkreislaufes am wahrscheinlichsten und weist auf die grofse Seltenheit der einseitigen infektiösen Nierenerkrankungen hin. Sedlmayr-Strafsburg i E.

Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand, nebst Bemerkungen über Chylus-Cysten. Von Koblank und Pforte. (Virchows Archiv 1900, Bd. 161, S. 44.)

Bei einer 61jährigen Frau wurde durch Laparotomie ein cystischer Tumor entfernt, der, wie die chemische Untersuchung ergab, 25 Liter einer chylösen Flüssigkeit enthielt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dafs es sich um eine Hydronephrose mit teilweiser Beteiligung des Ureters handelte. Die Wand der Cyste enthielt zahlreiche kleinere Cysten, welche aus neugebildeten Harnkanälchen bestanden. Die Wand der Hydronephrose selbst war mit einem mehrschichtigen Cylinderepithel bedeckt, während bei echten Chyluscysten die Innenfläche kein Epithel besitzt. Es mufs also bei diesen Cysten das Hauptgewicht zur Differentialdiagnose auf die mikroskopische Untersuchung der Wand gelegt werden. Chylus als Inhalt einer Hydronephrose ist bis jetzt in der Litteratur noch nicht beschrieben worden. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Die Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen. Von Dr. H. Kümmel, Hamburg. (Archiv f. klin. Chirurgie 61. Bd., III. Heft.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlufssätzen:

Eine ungenügende Harnstoffausscheidung, ein Heruntergehen der Tagesmenge unter 16 gr, legt die Annahme einer Niereninsufficienz nahe und läfst die operative Entfernung bedenklich erscheinen.

Bei normal funktionierenden Nieren beträgt die Gefrierpunktserniedri-

gung des Blutes — 0,56° C. Eine Niere mit normaler Arbeitsleistung reicht zur Erhaltung des Gefrierpunktes auf 0,56° C. aus. Eine Senkung des Gefrierpunktes auf 0,58° bis 0,61° C. und darunter zeigt an, dafs beide Nieren mangelhaft funktionieren. Von einem operativen Eingriff ist so lange Abstand zu nehmen, bis der Gefrierpunkt von annähernd 0,56° C. erreicht ist.

Die Gefrierpunktserniedrigung des Urins von weniger als — 0,9° C. läfst auf Niereninsufficienz schliefsen, jedoch giebt den sichersten Aufschlufs die vergleichende Untersuchung des durch den Ureterkatheterismus entleerten getrennten Nierenurins. Hierdurch wird der exakte Nachweis geliefert, einerseits welches die kranke Niere ist, andererseits ob die nach einer ev. Entfernung des einen Organs zurückbleibende wirklich imstande ist, allein die Arbeit zu übernehmen. Jacoby-Berlin.

Les néphrites chroniques hématuriques. Von Michaux. (Thèse, Paris, 1900. La Presse Médicale, 4 Juillet 1900.)

Das Kapitel der essentiellen Hämaturie wird immer mehr eingeengt, je häufiger die operativen Eingriffe an der Niere und je vollkommener die klinischen Beobachtungen und mikroskopischen Untersuchungen werden. Die meisten dieser „pseudoessentiellen“ Hämaturien beruhen auf kleinsten Nierenverletzungen, die durch Stein, Tuberkulose oder Neubildung entstanden sind.

Eine andere Gruppe verdankt ihre Entstehung einer partiellen Nephritis. Die Diagnose ist jedoch sehr schwierig, und es werden immer Verwechslungen mit Hämaturien vorkommen, die auf den drei oben erwähnten Ursachen beruhen. Die vom Verfasser angegebenen Unterscheidungsmerkmale sind nach des Ref. Ansicht so wenig eindeutig, dafs sie für die Differentialdiagnose kaum Verwendung finden dürften. F. Fuchs-Berlin.

Two cases of idiopathic hematuria. Von T. J. Elterich. (Archives of Pediatrics 1900, März.)

Der 1. Fall betrifft einen 8jährigen Knaben mit paroxysmaler Hämaturie; eine Ursache für diese liefs sich nicht nachweisen, jedenfalls schienen die inneren Organe alle gesund zu sein. Das Blut war nicht untersucht worden. Bei dem 2. Falle handelt es sich um einen 5jährigen Knaben, bei dem seit 10 Wochen eine paroxysmale Hämaturie ohne alle anderen Symptome bestand. Bei der Bluntuntersuchung ergaben sich 2 493 800 rote und 5250 weifse Blutkörperchen. Dreysel-Leipzig.

Sekundäre Nephrorrhaphie nach doppelseitiger Nephrorrhaphie. Von Gibson. Sitzung der New York Academy of Medicine. (Section on genit. urin. surgery) vom 21. März 1900. (Journ. of cut. and genit. urin. diseases, July 1900.)

G. stellte einen jungen Mann vor, welchem wegen Wanderniere vor 1½ Jahren rechterseits und vor 1¼ Jahren linkerseits die Nephrorrhaphie ausgeführt worden war. Nach kurzer Zeit kehrten die Beschwerden wieder, so dafs G. genötigt war, vor 1½ Jahren abermals die Nephrorrhaphie auf der linken Seite vorzunehmen. Die fibröse Kapsel wurde weit abpräpariert und die Fettkapsel ausgiebigst reseciert und die Niere durch 3 durch das Nierengewebe gehende Nähte in der Wunde fixiert. Die linke Niere scheint

jetzt unbeweglich, doch hat der Kranke rechterseits eine deutliche Wanderniere. Die drei Hauptbedingungen für den Erfolg der Nephrorrhaphie sind nach G.: Ausgedehntes Abpräparieren der fibrösen Kapsel, Entfernung der Fettkapsel und Heilung der Wunde durch Granulation. Bei den ersten Operationen war die Wunde durch Nähte geschlossen worden.

In der sich anschliefsenden Diskussion bemerkt Johnson, dafs er es vorziehe, die Nähte nicht durch die Nierensubstanz, sondern blofs durch die Nierenkapsel zu führen. Auch er ist der Meinung, dafs zur Erzielung eines bleibenden Erfolges es nötig ist, die Wunde durch Granulation heilen zu lassen. Er hat zahlreiche Fälle in dieser Weise behandelt und sehr gute Dauererfolge erzielt. J. warnt davor, die Nähte zu fest anzuziehen, da sonst leicht Nekrose auftreten kann.

Auch Otis schliefst sich der Ansicht des Vortragenden betreffs des Granulierenlassens der Wunde an. Er hat bei Patienten, bei denen die Wunde durch Nähte verschlossen worden war, sehr häufig Recidive gesehen, noch ehe sie das Spital verliefsen. von Hofmann-Wien.

Operationen bei Nieren- und Uretersteinen. Von Professor Dr. James Israel. (Archiv f. kl. Chirurgie, 61 Bd., III. Heft.)

Nach einem hystorischen Rückblicke auf die Entwickelung der Nierensteinchirurgie von der hippokratischen Zeit bis jetzt kommt I. zu dem Schlusse, dafs die Schwierigkeit der Diagnose von jeher das wesentlichste Hindernis für das Aufkommen der Nierensteinoperationen gewesen ist. Diese diagnostische Unsicherheit besteht noch heute Wenn auch der diagnostizierte Stein bei der Operation nicht gefunden würde, solle man sich nicht abschrecken lassen, da man gewöhnlich statt der Steine andere Krankheitsprozesse gefunden hat, welche ohne operative Autopsie weder zu erkennen noch zu heilen waren.

Für die Klarstellung der Operationsindikationen sind drei Kategorien zu unterscheiden:

1) Fälle mit unabweisbarer Notwendigkeit der Operationen.
2) Fälle, in denen keine unmittelbare Gefahr zur Operation zwingt, aber die Operation dringend anzuraten ist, weil von ihrer Unterlassung eine sichere Schädigung der Gesundheit für die Zukunft zu erwarten ist.
3) Fälle, die man nicht operieren soll.

Zur 1. Kategorie gehört vor allem die kalkulöse Anurie, bei der sehr früh operiert werden mufs, weil man sonst bei der sich schnell entwickelnden Epitheldegeneration zu spät kommt.

Die 2. unabweisbare Operationsindikation ist die akute pyelonephritische Infektion der Steinniere mit Fieber, Frösten, Erbrechen u. s. w., welche das Leben durch allgemeine Sepsis bedroht.

Die 3. zwingende Operationsanzeige wird durch alle aseptischen oder infektiösen Retentionsprozesse gegeben, die sich auf Grund einer Abflufsbehinderung durch den Stein entwickeln, weil ohne Entfernung des Steines die Niere sicher zu Grunde geht.

Selten zwingen erschöpfende Nierenblutungen bei der Steinkrankheit zur Operation.

Für die 2. Kategorie stellt J. folgende Operationsindikationen auf:

1) Eitrige Trübung des Urins, auch bei unvergröfserter Niere und Abwesenheit von Beschwerden.
2) Häufige Kolikanfälle ohne Steinabgang.
3) Chronische Steinbeschwerden, die sich nicht in Schmerzparoxysmen äufsern, sondern quälen.
4) Nachweisbare Uretersteine, weil sie stets zur Hydro- oder Pyonephrose führen. Die Berechtigung zur Operation liegt in der geringen Mortalität des Eingriffes.

Eine Kontraindikation gegen operatives Eingreifen sieht der Verf. in den Fällen, wo mit häufigen Koliken jedesmal kleine runde, nicht facettierte Steine abgehen.

I. hält die Nephrolithotomie der Pyelolithotomie überlegen. Die Acupunktur der freigelegten Niere ist unsicher. Wesentlich für den Erfolg der Nephrolithotomie ist vollkommene Mobilisierung der Niere durch Aushülsung aus der Fettkapsel bis zum Stiel, Isolierung des Ureters von den Gefäfsen, Erzeugung der Blutleere durch ausschliefsliche Umschlingung der Gefäfse mittelst eines Gummidrains.

Die Incision soll nach Zondek erfolgen. Wenn man in $1^1/_2$ cm Tiefe den Stein nicht getroffen hat, soll man die Wundflächen durch flache Retraktoren auseinander ziehen, und schichtweise vertiefen, bis man einen eröffneten Kelchspalt findet, durch den eine Hohlsonde in das Becken geführt werden kann.

Vor Schlufs der Operation mufs stets die Durchgängigkeit des Ureters geprüft werden. Prima intentio und Blutstillung werden durch Anlegung tiefgreifender Katgutnähte gesichert. Die Vernähung ist nur bei aseptischen Nieren ohne gröfsere Retention gestattet; sie ist fehlerhaft bei eitrigen oder ammoniakalischem Urin, stärkerer Retention, Abscessen im Parenchym oder fieberhafter Pyelonephritis. Dann ist die freieste Drainage ebenso wichtig wie die Steinextraktion. Bei schwer inficierten Nieren empfiehlt sich eine völlige Aufklappung der beiden Nierenhälften nach völliger Spaltung und Vernähung ihrer Ränder mit den entsprechenden Bauchwandwundrändern. Die primäre Exstirpation bei primären Nierensteinen hat in den seltensten Fällen eine Berechtigung; sie kann durch einen unglücklichen Zufall während der Operation, z. B. durch eine Stielgefäfszerreifsung, notwendig werden. Sekundäre Exstirpationen können durch profuse Hämaturien, besonders bei Hämopholie, indiziert werden. Wo diese Konstitutionsanomalie fehlt, sind profuse Blutungen selten, weil jeder stärkere Bluterguſs in die Nierenhohlräume eine Spannung der Capsula fibrosa erzeugt, die durch ihren elastischen Gegendruck die Blutung zum Stehen bringt. Deshalb mufs die Capsula fibrosa geschont werden. Ist sie abgelöst worden, dann mufs sie wieder vereinigt werden, oder falls das nicht gelingt, die Niere überhaupt nicht genäht, sondern tamponiert werden.

Gewöhnlich entscheidet die Freilegung der Niere, ob der Stein seinen Sitz in derselben oder im Ureter hat, ausgenommen die Fälle, in denen die Steine im kleinen Beckenabschnitte fühlbar sind oder sich radiographisch darstellen lassen. Findet man einen Stein im Ureter, so verschiebt man ihn, wenn er zu mobilisieren ist, bis in das Nierenbecken, und excidiert ihn dort durch Parenchymspaltung. Liegt er immobil, so mufs er durch Ureterotomie entfernt werden. Wo es möglich ist, vernäht man die Ureterwunde, läfst aber die Niere zur Drainage offen. Ist die Naht wegen zu tiefer Lage des Steines unmöglich, so führt man einen retrograden Verweilkatheter von der Niere in die Blase, dessen Ende aus der Harnröhre geleitet wird.

Ureterotomie ohne Freilegung der Niere ist nicht ratsam, weil etwa vorhandene Nierensteine übersehen werden können und die Heilung der Ureternaht ohne Nierendrainage unsicherer ist.

Bei der kalkulösen Anurie kann je nach dem Zustande des Patienten an die Nephrotomie die Extraktion des Steines sofort oder auch später ausgeführt werden. Die Parenchymincision schafft nicht nur einen freien Abflufs, sondern sie beseitigt auch die Hauptursache der Anurie, den gesteigerten intrarenalen Druck, daher ist eine Nahtvereinigung fehlerhaft. Eine Beschränkung der Operation auf die Excision eines fühlbaren Uretersteines ist zu widerraten, weil es niemals sicher ist, ob der eigentlich akkludierende Stein nicht noch höher liegt und der deletär gesteigerte intrarenale Druck nicht beseitigt werden würde.

Schwierig ist oft die Erkennung der zuletzt akkludierten Seite, gegen welche sich der operative Eingriff zu richten hat. Die subjektiven Angaben sind oft unsicher, und auch die objektiven Zeichen sind nicht untrügerisch. Sehr wertvoll ist das Auftreten einer einseitig ausgesprochenen reflektorischen Spannung der Bauchdecken bei Palpation. Wegen dieser diagnostischen Unsicherheit hat die Operation stets mit der Freilegung der verdächtigen Niere, nicht der eines fühlbaren Uretersteines zu beginnen, da nur dieser Plan sofortige Entdeckung eines Irrtums ermöglicht. Wenn die freigelegte Niere sich im Zustande alter irreparabler Funktionslosigkeit befindet, so ist der Irrtum durch sofortiges Operieren der anderen Seite zu korrigieren; ist sie aber nur temporär funktionslos durch reflektorische Sekretionshemmung ohne Okklusion, besteht noch kein Zeichen der Urämie, und verbietet sich eine Fortsetzung der Narkose, dann kann man sich zunächst mit der Incision dieser Niere begnügen, weil dadurch die Sekretion in Gang kommt. Unabhängig davon, ob letzteres eintritt oder nicht, mufs am nächsten Tage an der zuletzt verschlossenen Niere die Nephrolithotomie ausgeführt werden.

Jacoby-Berlin.

Epanchement périrénal d'origine traumatique. Laparotomie: Incision de la poche. Guérison. Von P. Nayoud. (Revue mens. des mal. de l'enfance 1900, März.)

Das 8jährige Mädchen hatte eine Quetschung der linken Bauchseite erlitten; dem Unfall folgte geringe Hämaturie. Innerhalb 6 Wochen entwickelte sich in der Lendengegend links ein Tumor, der sich bei der

Operation als ein perirenaler Sack herausstellte, der 3 l Urin enthielt. Nach Drainage der Tasche während 16 Tage erfolgte Heilung ohne Fistelbildung. An der Niere konnten bei der Operation keine Veränderungen gefunden werden. Dreysel-Leipzig.

Adenocystoma of the kidney. Von R. J. Wenner. (Cleveland [Ohio] Med. Soc. 1900, 13. Apr.)

Bei einer 40 jährigen Frau hatte W. drei grofse Uterusfibrome entfernt. Der Urin war vor der Operation vollkommen normal gewesen. Drei Tage nach dem Eingriff trat plötzlich Coma auf, und die Frau ging zu Grunde. Bei der Sektion liefs sich irgend eine Infektion oder Verlegung der Ureteren nicht nachweisen, wohl aber fanden sich die vergröfserten Nieren reichlich mit Cysten durchsetzt, so dafs vom normalen Nierengewebe nur noch sehr wenig übrig war. Die Cysten waren stecknadelkopf- bis wallnussgrofs. Die Ureteren zeigten beträchtliche Erweiterung, die Nierenbecken waren normal. Es handelte sich um Adenocystome. Dreysel-Leipzig.

Zwei Fälle von Nierentuberkulose. Von A. v. Korányi. (Gesellschaft der Spitalärzte in Budapest 1900, 2. März.)

Von den beiden, sehr bemerkenswerten Fällen K.'s betrifft der erste eine 26 jährige Frau mit rechtseitiger Wanderniere, bei der nach operativer Fixation des Organes die Beschwerden für drei Jahre sistiert, sich aber dann im verstärkten Mafse, verbunden mit Harndrang und schmutzigtrübem Urin wieder eingestellt hatten. Obgleich Tuberkelbacillen nicht nachweisbar waren, handelte es sich doch aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Tuberkulose der Blase und rechten Niere. Die Feststellung des Zustandes der anderen Niere machte grofse Schwierigkeiten; erst eine Tuberkulininjektion brachte Aufklärung. Es trat darnach nämlich aufser einer starken Allgemeinreaktion und einer beträchtlichen Schmerzhaftigkeit der rechten Niere eine deutliche Druckempfindlichkeit des linken Ureters auf, so dafs Tuberkulose des linken Harnleiters angenommen wurde, und eine Operation infolgedessen unterbleiben mufste.

Bei dem 2. Falle handelt es sich um ein 18jähriges Mädchen mit leichten abendlichen Temperatursteigerungen und einer faustgrofsen, druckempfindlichen Wanderniere rechterseits. Der Urin war vollständig normal. Nach Tuberkulininjektion trat starke allgemeine und lokale Reaktion an der rechten Niere auf. Die andere Niere war zweifellos gesund, so dafs der Exstirpation der erkrankten nichts im Wege stand. Die Diagnose wurde bei der Operation vollkommen bestätigt.

Die beiden Fälle beweisen den hohen diagnostischen Wert der Tuberkulininjektionen. Dreysel-Leipzig.

Tuberculose rénale; néphrectomie; mort par généralisation pulmonaire. Von Pousson. (La Presse Méd. Nr. 46, 9. Juni 1900.)

Das Präparat, welches P. demonstriert, betrifft eine Niere mit abgekapselten tuberkulösen Abscessen. Sie gehörte einer Patientin an, bei welcher P. die lumbale Nephrektomie mit Entfernung eines 12 cm langen Stückes des erkrankten Urethers vorgenommen hatte; wenige Wochen dar-

nach starb die Patientin an verbreiterter Lungentuberkulose, obgleich sie noch vor der Operation keinerlei nachweisbare Erscheinungen in den Spitzen gezeigt hatte. Dies ist selten: unter 350 ähnlichen Fällen, die P. zusammenstellen konnte, sind nur 35 so zu Grunde gegangen und meist zeigten sich die Lungen schon vor der Operation krank. Dafs eine Nephrotomie ganz aussichtslos gewesen wäre, beweist das Präparat.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

La tuberculose rénale et le cathétérisme uretéral. Von P. Bazy. (La Presse Méd. Nr. 46, 9. Juni 1900.)

Der recht polemisch gehaltene Vortrag richtet sich hauptsächlich gegen die Aufserungen Albarrans über die Ungefährlichkeit und leichte Ausführung von Cystoskopie und von Sondierung der Ureteren; sein Inhalt läfst erkennen, wie vertraut der Redner mit den Schwierigkeiten und Gefahren dieser Eingriffe ist.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Tuberçulose rénale et catheterisme urétéral. Von Albarran (13. Juni 1900), Bazy (20. Juni 1900). (La Presse Méd. Nr. 48, 50 vom 16. und 23. Juni 1900.)

Anknüpfend an die vorerwähnten Debatten über frühzeitige Diagnose von tuberkulöser Nierenerkrankung bezw. Ureterenkatheterisation hält A. einen fesselnden Vortrag, der, speciell gegen Bazy gerichtet, darin gipfelt, dafs A. möglichst frühzeitige Entfernung einer tuberkulös erkrankten Niere für prognostisch den günstigsten Eingriff hält, dafs er keine Methode so sicher zur Feststellung des Befundes der „anderen" Niere beurteilt als die Ureterenkatheterisation, dafs dieselbe unschwer gefahrlos sei, dafs die von Bazy immer wieder in den Vordergrund gedrängte Methylenblauprobe versagt und unsicher ist, wenn nicht beide Nieren total erkrankt oder eine Niere nicht secernierend und die andere nur normalen Urin secernierend funktioniert; A. spricht etwas erregt, doch durchaus sachlich und überzeugend.

Die Erwiderung Bazys, als improvisierte rethorische Leistung meisterhaft, doch wimmelnd von persönlichen Angriffen und dialektischen Kniffen, schildert in grellsten Farben alles, was er gehört und gelesen über die Ureterensondierung, vom einfachen Versagen des Mignonlämpchens am Cystoskop bis zum Tode einer Pat., den er infolge dieses Eingriffes vermutet.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Sur la tuberculose rénale. Von Tuffier, Routier, Ricard. (La Presse Méd. Nr. 50, 23. Juni 1900.)

Tuffier betont, dafs er zur Diagnose der renalen Tuberkulose den Ureterenkatheter nur ausnahmsweise verwendet wissen will. Bei 9 weiteren Nephrektomierten brauchte er vorher nicht die Ureteren zu katheterisieren; die klinischen Symptome allein haben die Feststellung des Gesundheitsbefundes der anderen Niere ermöglicht; alle Pat. sind genesen. Routier spricht sich ähnlich wie T. aus, betont die Schwierigkeit der Handhabung, allerdings auch, dafs er nie schlimme Folgen durch diesen Eingriff veranlafst gesehen habe. Er ist so lang wie möglich dafür, mit der Operation zu warten, dann

zu nephrektomieren. Ricard demonstriert an einem Fall, den er vor 6 oder 7 Jahren operiert, wie er sich, trotz genauester — ohne Ureterensonde vorgenommener — klinischer Untersuchung darüber getäuscht habe, aus welcher Niere eine Blutung stammte. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

3. Erkrankungen der Harnleiter und der Harnblase.

Zur Therapie des Harnträufelns. Von Ziegenspeck. (Dtsch. Ärzte-Ztg., 15. Nov. 1899.)

Verf. versucht die Zitterdrückung nach Thure Brandt, indem er Schliefsmuskel und Blasenhals einigemal kräftig gegen die Symphyse drückt. Oder er führt einen Seidenfaden rund um die Harnröhre, wobei man Einstich und Ausstich recht dicht bei einander legt und knüpft ihn über einen dünnen Katheter fest zusammen; der Faden bleibt 8—10 Tage liegen und soll das Entstehen eines narbigen Ringes zur Herstellung der Kontinenz anregen. Oder es wird der Schliefsmuskel reseziert. Es wird ein Längsschnitt über einem dicken Katheter gemacht, von dem Schliefsmuskel mit einem Scherenschlage ein Stück entfernt und dann mit Seidenfäden der sich retrahierende Schliefsmuskel vernäht. Federer-Teplitz.

Die Elektrotherapie bei Blasenstörungen auf Grund organischer Nervenleiden. Von v. Tovölgyi. (Ther. d. Gegenw. 1900, S. 246.)

Bei einem Pat. mit Tabes und einem mit Sclerosis polyinsularis wurde die schwere Incontinentia urinae durch farad. Strom innerhalb 3 Wochen vollständig beseitigt und auf lange Zeit hinaus bedeutend gebessert. Der faradische Strom ist dem galvanischen hierbei vorzuziehen.

Kaufmann-Frankfurt a. M. (Homburg v. d. H.)

Über Blasenhernien und Blasenverletzungen. Von Bernhard. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1899, Nr. 23.)

B. fand bei 61 Bruchoperationen dreimal Cystocele. Da letztere Diagnose vor der Operation fast nie gestellt wird, so ist eine Verletzung der Blase häufig; auch bei den 3 Fällen des Verf. kam es zu einer solchen. Grofser Fettreichtum der Bruchgeschwulst, eine härtere Stelle an der medialen Seite des Bruchsackes, Durchschimmern von netzartig angeordneten Muskelfasern lassen eine Blasenhernie vermuten.

Bei sofortiger Vernähung im gesunden Gewebe ist eine Blasenverletzung ohne nachteilige Folgen. Dreysel-Leipzig.

Hernia of the bladder through the pelvicfloor. Von F. B. Harrington. (Americ. Surg. Assoc., Washington 1900, 1.—3. Mai.)

H. berichtet über einen Fall von Fibrom, das vom linken Labium majus bis zu den Nates reichte, mit dem subperitonealen Gewebe und der Blase verwachsen war und letztere durch die Fasern des Levator ani hindurch nach aufsen gezogen hatte, so dafs sie sich zwischen den Beinen der Kranken befand. Der ganze Tumor war $8^1/_2$ Zoll lang und mafs $18^1/_2$ Zoll im Umfang. Nach Entleerung der Blase, die mit Leichtigkeit 650 gr fasste, ver-

minderte sich der Umfang um $2^1/_2$ Zoll. H. exstirpierte das Fibrom und brachte die Blase in ihre normale Lage zurück. Der Erfolg war ein guter, nach 6 Monaten war eine Recidiv noch nicht eingetreten.

Dreysel-Leipzig.

Rupture de la vessie par contusion violente de l'abdomen; guérison sans intervention. Von Sieur. (Archiv de médacine et de pharmacie militaires 1900.) (La Presse Méd. Nr. 44, 2. Juni 1900.)

Die Verletzung bestand in einem Hufschlag in die Blasengegend, als der Betroffene eben Urin lassen wollte; heftiger Schmerz im Moment der Verletzung, dann Ohnmacht; die Bauchgegend bei Berührung äufserst empfindlich. Jetzt Unmöglichkeit, urinieren zu können; doch ist 5 Stunden nach der Verletzung weder durch Beklopfen ein Gefülltsein der Blase, noch mit dem Katheter mehr als einige Tropfen blutigen Urins zu gewinnen.

In Berücksichtigung des Allgemeinbefindens — es fehlten Erscheinungen von Shok, von Erbrechen, von Schüttelfrost, der Puls war regelmäfsig und fast normal rasch; der Dauerkatheter entleerte klaren Urin — wurde von einem chirurgischen Eingriff abgesehen. Nach $1^1/_2$ Monat wird der Kranke geheilt aus dem Lazarett entlassen.

Sieur erklärt sich den Verlauf durch einen kleinen Rifs, welcher extraperitoneal an der hinteren unteren Wand der Blase safs — worauf die Steigerung der Empfindlichkeit bei Untersuchung vom Mastdarm her schliefsen liefs — welch' kleiner Rifs den aseptischen Urin so langsam absondern liefs, dafs die Resorption rasch vor sich ging.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Bericht über einige Fälle von Urinextravasation. Von Hayden. (Journ. of cut. and genit. urin. discus. July 1900.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine enge Striktur in der Pars bulbosa. Die Urininfiltration trat plötzlich und ohne sichtbare Ursache auf und lokalisierte sich am Skrotum. Im zweiten Falle safs die ebenfalls sehr enge Striktur 6 cm vom Orif. ext. Die Infiltration trat während einer akuten Gonorrhoe auf und erstreckte sich vom Perineum bis zur Glans. Im dritten Falle bestand eine sehr enge Striktur am Übergang der Pars bulbosa in die Pars membranacea. Der Pat. hat schon seit langer Zeit Urinbeschwerden und mufste beim Urinieren sehr stark pressen. Bei einer derartigen Gelegenheit trat plötzlich die Urininfiltration auf. Es zeigte sich eine Schwellung am Perineum und eine oberhalb der Symphyse.

In Bezug auf die Behandlung kommt H. zu folgenden Schlüssen:

1. Sofortige Beseitigung der Striktur durch inneren oder äufseren Harnröhrenschnitt.
2. Ausgiebige Drainage der Blase.
3. Ausgiebige Incisionen in allen infiltrierten Partien.
4. Drainage und Irrigation dieser Incisionswunden.
5. Häufige Blasen- und Urethralspülungen verbunden mit innerer Medikation.

Gibson gratuliert dem Vortragenden zu seinen ausgezeichneten Erfolgen. Nach seinen persönlichen Erfahrungen ist die Prognose der Urininfiltration eine recht ungünstige. Auch er ist für ausgedehnte operative Eingriffe.

Guiteras befürwortet für sämtliche Fälle die äufsere Urethrotomie, falls dieselbe durchführbar ist. Unter Umständen kann es angezeigt erscheinen, eine Epicystotomie zu machen und von da aus den retrograden Katheterismus auszuführen. von Hofmann-Wien.

Fausses cystites symptomatiques des lésions du rein chez la femme. Von Guépin. (Académie de Médecine, 3 Juillet 1900. La Presse Médicale, 11 Juillet 1900.)

Bei Frauen ruft eine Nierenerkrankung häufig Cystitissymptome hervor. Diese falschen Cystitiden heilen natürlich nur nach sachgemäfser Behandlung der erkrankten Niere und werden sehr häufig durch intravesikale Therapie verschlimmert. F. Fuchs-Breslau.

Cystitis. Von Morton. (New-York. Med. Journ., May 12. u. 19, 1900.)

Eine kurz gefafste Abhandlung, in welcher unter steter Berücksichtigung der modernen Forschungen das Wichtigste über Ätiologie, Pathologie und Therapie des Blasenkatarrhs enthalten ist. M. teilt die Cystitis in einfache, suppurative und specifische, wie er sagt aus praktischen Gründen, doch mufs er selbst zugeben, dafs die erste Form nur theoretisch existiert. Was die Therapie betrifft, steht M. im wesentlichen auf dem Standpunkte Guyons. Von inneren Mitteln, wie Salol, Methylenblau und Urotropin hat er recht gute Erfolge gesehen. Den Verweilkatheter liebt M. nicht, sondern zieht eine perineale oder besser noch eine suprapubische Blasendrainage vor. Das Büchlein ist in erster Linie dem praktischen Arzte zu empfehlen, welcher sich kurz über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Cystitis, besonders was deren Therapie betrifft, orientieren will. von Hofmann-Wien.

Divertikelbildung mit Hypertrophie der Harnblasenmuskulatur. Von A. Langer. (Prager Zeitschr. f. Heilkunde Bd. XX, S. 117.)

Wegen jauchiger Cystitis führte L. bei seinem Kranken die Cystotomie aus. Bald nach der Operation trat der Tod ein. Die Blase war durch ein frontales Septum in zwei Abschnitte geteilt, die durch eine schmale, kaum für einen Finger durchgängige Öffnung miteinander in Verbindung standen. Die Muskulatur der Blase war stark hypertrophisch. Dreysel-Leipzig.

Corpo estraneo in vesica. Von Federici. (Gazz. degli ospedalie delle clin. 1900, Nr. 18.)

F. fand in der Blase eines an Peritonitis verstorbenen Mannes, der sich selbst des öfteren katheterisiert hatte, einen Nelatonkatheter, der eine Perforation der Blasenwand verursacht hatte. Dreysel-Leipzig.

Removal of 280 grains of white wax from the male urinary bladder. Von O. Horwitz. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 12. Mai.)

Der Fall betrifft einen 25jährigen Mann, der an Harndrang, blutigem Urin, Schmerzen beim Urinieren leidet. Der Kranke hatte vor 24 Stunden den Coitus ausgeübt und, um Schwängerung zu verhüten, sich ein 8 Zoll langes, 26 mm im Umfange messendes Stück weifses Wachs in die Harnröhre eingeführt. Unmittelbar nach dem Coitus war das Wachs unter starken Schmerzen in die Blase gelangt. Durch hohen Steinschnitt entfernte H. den Fremdkörper. Dreysel-Leipzig.

Nouveau procédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne. Von Dr. Le Clerc-Dandoy (Bruxelles). (Annal. de la société belge de chirurg. Nr. 5, Mai 1900.)

Um den Urinabflufs nach hohem Steinschnitt möglichst unbehindert zu gestalten und vor Zersetzung zu sichern, empfiehlt der Autor ununterbrochene Bespülung der Blase mit etwa 37° C. warmer sterilisierter Kochsalzlösung (8‰) mittelst eines etwa 6 Liter haltenden Esmarchschen Irrigators. Ein Katheter von Nélaton oder besser noch ein solcher von Pezzer führt die Flüssigkeit in die Blase und wird nach Durchspülung derselben durch den Guyon-Perrierschen Heberschlauch abgeleitet. Demonstration des Erfolges an zwei Beispielen: im ersten Falle nach teilweiser Entfernung eines Epithelioms des Blasenhalses wurde die permanente Irrigation 8 Tage, im anderen Fall, nach hohem Steinschnitt bei „sehr schmerzhaftem Blasenkatarrh" einer 32jährigen Hysterischen 3 Wochen lang Tag und Nacht mit eklatantem Erfolg durchgeführt.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Über einen Fall von sekundärer Hydronephrose infolge von Blasenpapillom. Von Krahn. (Deutsch. med. Woch. 1899, Nr. 39.)

Der 49jährige Kranke litt an einem allmählich wachsenden Papillom der rechten Uretermündung und an einer als Folgeerscheinung aufzufassenden Hydronephrose. Nach Entfernung des Papillomes schwand die Hydronephrose innerhalb 16 Tagen nahezu vollständig. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase mit Bemerkungen über Metaplasie. Von R. Benecke. (Virchows Archiv Bd. 161, S. 70.)

Bei einem 72jähr. Manne, der seit einigen Jahren an Blasenblutungen gelitten, wurde von Meufsel in Gotha mittelst Sectio alta ein kleinapfelgrofser Tumor entfernt, der fibröses, schleimiges, knorpeliges und Knochengewebe enthielt, ferner an einzelnen Stellen quergestreifte Muskelfasern, während andere wieder sarkomatös entartet waren. Der Fall mit derartig gutartigen Gewebeformationen und reichen Metaplasien stellt ein Unikum in der Litteratur dar. Übrigens starb der Patient 8 Wochen nach der Ope-

ration und man fand in der Blase noch eine Reihe kleinerer Tumoren von demselben histologischen Bau. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich hier um einen versprengten embryonalen Keim, der sarkomatös (blastomatös) degeneriert ist.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. Höhe.

Persistierende Hämaturie aus beiden Ureteren. Von Johnson. (Journ. of cut. and genit.-urin. diseas. July 1900.)

Eine sonst gesunde 46 jährige Patientin bemerkt seit 9 oder 10 Jahren, dafs der Urin blutig gefärbt ist. Dieser Zustand besteht mit Ausnahme einiger Intermissionen seither unverändert. Im Urin fand sich nichts, was auf einen akut entzündlichen Prozefs hätte hinweisen können, keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Urinfrequenz nicht vermehrt. Schmerzen in der rechten Nierengegend; rechte Niere beweglich. Die Ureteren wurden dreimal katheterisiert und jedesmal aus beiden Harnleitern blutiger Urin gewonnen. Rechtsseitige Nephrorrhaphie. Daraufhin schwanden die Schmerzen, der Urin jedoch blieb blutig. Die Niere erschien bei der Operation normal.

Otis hat den Fall cystoskopisch untersucht und einen Tumor in der Blase gefunden, von welchem aber, wie spätere Untersuchungen zeigten, die Blutung nicht ausging.

J. hält diese Blasengeschwulst nicht für einen wirklichen Tumor, sondern nur für eine Vorwölbung oder Verdickung der Schleimhaut.

von Hofmann-Wien.

Kongrefsbericht.

XIII. Internationaler Kongrefs für Medizin.

Sektion für Chirurgie der Harnorgane.

Referat, erstattet von R. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. Höhe.

Zum ersten Male tagte in diesem Jahre auf einem internationalen medizinischen Kongrefs die Chirurgie der Harnorgane als besondere Sektion. Dafs es gerade in Paris, der Wirkungsstätte eines Civiale, Nélaton, Désormeaux war, kann nicht verwundern, wenn man bedenkt, dafs hier zuerst auch die Harnchirurgie als besonderes Fach gelehrt wurde, und dafs wir es den Arbeiten des Meisters Guyon und seiner Schüler Albarran, Pousson u. a. nicht zum wenigsten zu danken haben, dafs dieses jüngste Spezialfach täglich eine gröfsere Bedeutung erlangt. Die treffliche Organisation und der glänzende Verlauf der Sitzungen war im höchsten

Grade anerkennenswert dank der unermüdlichen Thätigkeit des Herrn Kollegen Desnos, des Sekretärs der Sektion.

Die Zeiten, da täglich neue überraschende Erfindungen und Entdeckungen auftauchen, sind augenblicklich vorbei. Jetzt handelt es sich mehr darum, das Errungene in weiten Beziehungen praktisch zu verwerten. Dies war der Charakter des Kongresses im allgemeinen und speziell auch der unserer Sektion. Fehlten diesmal die grofsen Schlager, so boten doch die Verhandlungen eine Fülle des Interessanten. Dank der geschickten Leitung war für möglichste Abwechslung des Programms gesorgt und der gute Besuch der Sitzungen, trotz der vielen angenehmen Zerstreuungen, welche Paris bot, bewies, dafs das Organisationskomitee das Richtige getroffen hatte. Die Debatte nahm einen aufserordentlich ruhigen Verlauf und kaum einmal kam es zu Kontroversen.

Den Sitzungen voraus ging eine Feier in der festlich geschmückten Salle de Terrasse des Hôpital Necker, die sich zu einer grofsartigen Huldigung Guyons gestaltete. Die früheren Schüler und Assistenten überreichten dabei ihrem verehrten Lehrer Adressen, ein Album, sowie ein von Léon Bottée künstlerisch ausgeführtes Medaillon mit dem Bild des grofsen Urologen und der Inschrift Au professeur Félix Guyon, ses élèves, ses amis. Congrès international de médecine. Hôpital Necker 1900.

Die Tagesordnung war so fixiert, dafs für jede Sitzung ein besonderes Organ des Urogenitaltractus, mit der Niere beginnend, zur Diskussion stand. Diese Ordnung wurde streng innegehalten.

Vier Themata, referiert von Meistern unseres Spezialfaches, standen auf der Tagesordnung und sie beanspruchen das Hauptinteresse. Es waren:

1) *Konservative Operationen bei Verhaltungen des Nierenbeckens,*
2) *Über den Wert chirurgischer Eingriffe bei Urogenitaltuberkulose,*
3) *Über die Dauererfolge nach operativer Behandlung der Prostatahypertrophie* und
4) *Über die Dauererfolge blutiger Eingriffe bei Strikturen der Harnröhre.*

Bezüglich dieser sowie der weiteren Vorträge — es wurden etwa 100 gehalten — verweisen wir auf das weiter folgende ausführliche Referat. Nur eins möchten wir noch hervorheben, dafs der Ureterenkatheterismus, bis vor kurzem noch Gegenstand so lebhafter Kontroversen, in Verbindung mit der Methylenblauprobe und Phloridzinreaktion als eins unserer sichersten und besten diagnostischen Hilfsmittel weiterhin angesehen werden mufs, während über seine Bedeutung als therapeutisches Agens die Ansichten noch auseinandergehen.

Zwischen den Sitzungen fanden an zwei Tagen Projektionen statt und hiervon fanden viel Beifall die Photographien von Knorr und Bierhof, die mit Hilfe des modifizierten Nitzeschen Photographiercystoskops an der weiblichen Blase gewonnen worden waren.

Während des Kongresses selbst fand eine Ausstellung von Instrumenten statt und die bekannten Firmen Collin, Mathieu etc. bewährten auch hier ihren alten Ruf, ohne gerade viel neues zu bringen. Ebenso hatten

die bekannteren Katheterfabriken wie Vergne, Delamotte u. s. w. ausgestellt. Von ausländischen Firmen waren nur die Gebr. Löwenstein in Berlin vertreten. Diese aber erregten besonders durch die neuesten Operationscystoskope und Ureterencystoskope Nitzes und Dilatatoren Oberländers und Kollmanns allgemeine Anerkennung und Bewunderung. Auch die Abteilung für Radiographie im Hôpital Necker war der Besichtigung zugänglich und Herr Contremoulins demonstrierte verschiedene sehr interessante Radiogramme von Nierensteinen.

Ferner waren dreimal Operationen im grofsen Operationssaale. Eine Lithotripsie wurde von Professor Guyon selbst ausgeführt, wobei er auf einige Schwierigkeiten in der Diagnostik und Ausführung der Operation und unter Demonstration sehr instruktiver Zeichnungen genauer einging. Die übrigen Operationen, Nierenoperationen, Urethrotomiae int. und externae wurden von Albarran mit bekannter Meisterschaft und Eleganz gemacht.

Neben den mannigfachen Zerstreuungen, die der Kongrefs darbot, müssen wir noch zweier Feste, die nur für Mitglieder unserer Sektion bestimmt waren, gedenken. Einmal des Empfangs bei Prof. Guyon in dessen mit wahrhaft fürstlicher Pracht ausgestattetem Hotel in der rue Roquépine, zu welchem aufser den Mitgliedern der Sektion die hervorragendsten Vertreter der Medizin in Paris und auf dem Kongrefs eingeladen und erschienen waren. Dann das Bankett am 6. August, welches den auswärtigen Mitgliedern der Sektion von den französischen Kollegen gegeben wurde, wobei uns das Beste, was die französische Küche und Keller bot, von unseren liebenswürdigen Wirten geboten wurde. Unter den zahlreichen Toasten erregte am meisten Beifall der Prof. Küsters, der die augenblickliche enge Verbindung zwischen deutscher und französischer Wissenschaft nach Zeiten der Entfremdung hervorhob. Von beiden Festen nahmen alle Teilnehmer nur die angenehmste Erinnerung mit.

Und wenn wir schliefslich einen Rückblick auf den Verlauf der Tagung der Sektion für Harnchirurgie werfen, so können wir sagen, dafs das Werk gut war und dafs die Abteilung gleich bei ihrem Debut sich von der vorteilhaftesten Seite dargestellt hat und mit Prof. Guyon hoffen wir, dafs sie von nun an auf allen internationalen med. Kongressen, nachdem sie die erste Probe bestanden hat, als selbstständige Abteilung auftreten wird.

1. Sitzung.

Am 3. August eröffnet der Präsident Prof. Guyon die Sitzungen mit einer Ansprache folgenden Inhalts: Die grofsen Fortschritte der letzten Jahrzehnte in Diagnostik und Therapie der Harnkrankheiten, die sich an die Namen Thompson, Bigelow, Simon, Petersen und Nitze anknüpfen, haben die Schaffung einer besonderen Sektion für Harnchirurgie nötig gemacht und es erfüllt den Redner mit besonderer Befriedigung, dafs sie zum ersten Male in demselben Hôpital Necker tagt, in welchem Civiale die Lithotripsie schuf. Es folgt dann als erster Gegenstand der Tagesordnung

Rapport sur les opérations conservatrices dans les retentions rénales.

(Referenten: Küster, Fenger und Bazy.)

Das Referat Küsters erscheint als Originalartikel an anderer Stelle.

Alle drei Referenten sind für möglichst konservative Behandlung; Beseitigung vor allem des Hindernisses, das meist im Ureter selbst, seltener im Nierenbecken oder im Übergang des Nierenbeckens in den Harnleiter liegt. Knickungen beseitigt man durch Nephropexie; Steine durch Nephrotomie oder Ureterotomie; falsche Insertionen erfordern plastische Operationen (Uretero pyeloanastomosen). Strikturen des Ureters erfordern je nach Lage des Falles Dilatation (nur ausnahmsweise Bazy), Resektion der Striktur mit eventueller Neuimplantation des Ureters ins Nierenbecken. Dies gilt für aseptische oder wenig infizierte Urinretentionen; eitrige erfordern radikalere Mafsnahmen.

In der Diskussion betont Albarran gegenüber Küster die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen Pyonephritis und Uronephritis. Bazy gegenüber vertritt A. möglichst ausgiebige Spaltung der Niere, wenn das Hindernis im Nierenbecken liegt. Aseptische Hydronephrosen operiert man sofort, suppurierte besser zweizeitig. Bei nichtkomplizierten Harnleiterstrikturen genügt zur Heilung manchmal der Ureterenkatheterismus, der auch bei der Operation zur Orientierung und nach der Operation als Verweilkatheter zur Drainage sehr wertvoll ist. Ebenso wirken vorherige Spülungen mittelst Ureterenkatheters vor der Operation zuweilen günstig auf den Sackinhalt. Neben den übrigen Operationsmethoden kommt vor allem die pyelo-uretrale Anastomose (Albarran) in Betracht.

Küster wendet sich nochmals gegen die Einteilung Albarrans, ebenso auch gegen die Ureteropyeloanastomose Albarrans, da sie infolge Bildung toter Räume leicht zur Steinbildung führen kann. Auch die Drainage mittelst Ureterenkatheters nach plastischen Operationen verwirft er, da sie die Eiterung unterhält.

Hamonic hat einen Fall von Hydronephrose (wahrscheinlich Ureterenspasmus) mittelst Ureterenkatheterismus und prolongiertem Bad geheilt.

Nach Legueu ist der Ureterenkatheterismus für hochgradige Hydronephrosen zwecklos; diese operiert man besser sofort. Der Lumbalschnitt ist dabei als der minder gefährliche dem abdominalen vorzuziehen, die laterale Anastomosenbildung der terminalen.

Albarran weist zur Empfehlung seiner Methode darauf hin, dafs mehrere seiner Patienten (8 Fälle mit 2 Mifserfolgen) über 1 Jahr operiert und recidivfrei geblieben sind. Auch den therapeutischen Wert des Ureterenkatheterismus betont er nochmals.

2. Sitzung.

Définition du terme de la congélation du sang et de l'urine pour constater la fonction des reins. Von Kümmel, Hamburg.

Die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes beträgt 0,56°—0,57° C. Jede Abweichung von dieser Zahl deutet auf eine Funktionsstörung der

Nieren. Für Urin beträgt die Gefrierpunktserniedrigung zwischen 0,9⁰ bis 2,0⁰. Unter 0,9⁰ besteht eine Niereninsufficienz. Bei Pyelitis, wo die Niere selbst nicht erkrankt ist, bleibt diese Zahl normal. Am besten entnimmt man den Urin jeder Niere gesondert. Jede Niere funktioniert unabhängig von der anderen.

Indikations de la néphrektomie en général et spécialement dans les tumeurs malignes du rein. Von d'Antona, Neapel.

Zuweilen gelingt es, eine Pyelonephritis supp. durch Nephrotomie zu heilen; andernfalls besonders wenn die Niere destruiert oder degeneriert ist, macht man die Nephrektomie; am besten ist der Lumbalschnitt. Die Heilung suche man per secundam zu erzielen.

Der Vortrag Tumeurs von demselben enthält die bekannte Klassifikation der Geschwülste.

De la néphrostomie dans l'anurie causée par le cancer de l'utérus. Von G. Nanu, Bukarest.

Eine Patientin, die infolge Uteruskarcinoms an Anurie mit schweren urämischen Erscheinungen litt, wurde durch eine linksseitige Nephrotomie von ihren Beschwerden befreit. Die Niere war vergröfsert und hyperämisch, jedoch ohne Spur einer Hydronephrose, was für die Ansicht Donnedieus spricht, dafs die Hydronephrose mit einer einfachen Dilatation der Tubuli beginnt.

Recherches sur le cathétérisme des uretères. Von L. Casper, Berlin.

Aus den Versuchen C.s und Richters folgt, dafs die Injektion von Phloridzin und getrenntes Auffangen des Urins mittelst Ureterencystoskop das feinste Reagenz zur Beurteilung von Nierenaffektionen ist. Gesunde Nieren scheinen gleiche Quantitäten Zucker aus. Den Katheter läfst man $^{1}/_{2}$ bis 1 Stunde liegen.

La sonde urétérale à demeure dans le traitement préventif et curativ des fistules rénales. Von Albarran, Paris.

Vor jeder Nephrostomie wird zweckmäfsig ein Ureterkatheter mittelst Ureterencystoskops bis zur Niere eingeführt, mifslingt dies, so wird nach der Niereninción von oben her der Katheter bis in die Blase geführt und von dort mittelst Lithotriptors durch die Urethra hinausgeleitet. Mittelst dieses Verweilkatheters kann man tägliche antiseptische Spülungen machen. Derselbe bleibt etwa eine Woche liegen. Ebenso verfährt man bei bestehender Nierenfistel, wobei man mit dünnen Kathetern beginnend zu immer stärkeren übergeht mit Wechseln alle paar Tage. Auf diese Weise gelang es, zwei Fisteln vollständig zu beseitigen. Bei 7 Pyonephrosen erfolgte von vornherein mittelst dieser Methode Heilung ohne Fistel.

Opérations aux reins, quand l'autre rein est malade ou manque totalement. Von Mankiewicz, Berlin.

Wegen der Möglichkeit, dafs eine Niere fehlt oder beide erkrankt sind, mufs die Nierenchirurgie möglichst konservativ verfahren. In zweifelhaften Fällen mache man lieber zuerst die Nephrotomie und lasse erst später die Nephrektomie folgen. Der Operation mufs eine möglichst sorgfältigste

Untersuchung vorausgehen. Das beste diagnostische Mittel ist die Phloridzinreaktion der getrennt aufgefangenen Urine.

Nephronévrose vaso-motrice et sécrétoire (Polyurie, Anurie avec lithiase et Migrations calculeuses pendant quatre-vingt jours. — Néphrostomie, crises d'azoturie et lipurie, guérison complète maintenue depuis trois mois). Von Escat, Marseille.

Bei einer jungen Dame, erkrankt unter dem Bild einer hysterischen Anurie ohne urämische Erscheinungen, mit einer in der Überschrift knapp skizzierten Krankengeschichte erfolgte Heilung nach zweimaliger Nephrostomie und erst nach Entfernung eines Drains durch die Kranke selbst.

Hématurie pseudoessentielle due à un néoplasme du rein; néphrectomie — Guérison. Von Reynès, Marseille.

Bei einem 32jährigen Mann mit Blutung aus dem rechten Ureter als einzigem Symptom wurde durch Nephrektomie ein rechtsseitiger grofser Nierentumor entfernt.

Du reflexe réno-rénal en pathologie. Von M. Pousson, Bordeaux.

Ist eine Niere krank, so kann, vielleicht durch Neuritis, mittelst des Plexus solaris die andere geschädigt und für Krankheitsschädigungen empfänglich gemacht werden, so dafs eine sympathische Nierenentzündung entsteht. Daher bekämpfe man jede Nephritis möglicht bald entweder medikamentös oder chirurgisch.

Des petites retentions rénales dans le rein mobile. Von Pasteau und Michon, Paris.

Vortragende haben hierbei Urinretentionen von 7—40 gr mittelst Ureterenkatheterismus festgestellt. Heilbar sind sie durch Ureterenkatheterismus oder Nephropexie.

Le rein mobile chez les Arabes. Von Trekaki, Alexandria.

Von 100 Araberinnen litten 42 an Wanderniere. Die wahre Ursache derselben ist die Lockerung der Nierenligamente.

Intervention pour tumeurs malignes du rein. Von Guillet, Caën.

Möglichst frühzeitige Entfernung der degenerierten Niere mittelst Transperitonealschnitts.

3. Sitzung.

2. Hauptthema:

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires.

(Referenten: Saxtorph über Blasentuberkulose, Hogge über Tuberkulose der Urethra posterior und Pousson über Nierentuberkulose.)

Eine medikamentöse Behandlung dieser Affektionen hat wenig Wert; es kommen in Betracht als lindernd nur Arg. nitric. (Hogge) und Waschungen mit Acid. boric. (Saxtorph). Sonst ist die einzig wirksame Behandlung die chirurgische. Tuberkulöse Geschwüre des Penis excidiert man, die der Urethra zerstört man auf endoskopischem Wege; eine Cowperitis. incidiert, excidiert oder kurettiert man je nach Lage des Falles. Tuberkulose der Prostata wird erfolgreich chirurgisch nur bei kaltem Abscefs, käsigem Herd oder Fistel dieses Organs behandelt; sonst sehe man von jeder Behandlung, vor allem

auch den zwecklosen interstitiellen Einspritzungen von Medikamenten ab. Tuberkulose der Testikel, des vas deferens und vas seminalis behandle man möglichst konservativ und rein lokal; die vollständige Kastration mache man nur ausnahmsweise. Immerhin haben doch auch die, welche bei Tuberkulose möglichst radikal operierten, schöne Erfolge aufzuweisen. Da Blasentuberkulose immer auf sekundärer Infektion (hämatogenen oder urogenen Ursprungs) beruht, so mufs in erster Linie der primäre Herd zerstört werden. Dann erst heilt die Blase spontan aus oder kann aussichtsvoll behandelt werden durch Eröffnung mittelst Sectio alta oder perinealis und Zerstörung der Herde durch Kurette oder Thermocauter. Die Mortalität bei Nierenoperationen ist von 21,33% auf 11,68% und sogar auf 8,95% in letzter Zeit gesunken. Die Nephrotomie erfordert mehr Opfer als die Nephrektomie. Die meisten Todesfälle verursacht die Insufficienz der anderen Niere. Bezüglich der Dauererfolge übertrifft die Nephrektomie mit 12,54% Todesfälle im folgenden Jahr die Nephrotomie mit 61,7% Todesfällen. Die Erfolge sind besser bei der rein bacillären Form, als bei Mischinfektionen. Leichte Erkrankung der anderen Niere bildet keine Kontraindikation zur Operation; im Gegenteil bessert sich meist diese und die erkrankte Blase. Die Nephrotomie mache man nur im Notfall, sonst die primäre Nephrektomie. Der Lumbalschnitt giebt bessere Resultate als der transperitoneale. Die Nierenresektion ist als ungenügend zu verwerfen.

Hamonic hat eine Nierentuberkulose durch blofse Touchierung der Nierenoberfläche mit 5% Chlorzinklösung und eine Blasentuberkulose durch blofse Cystotomie geheilt. Der chirurgische Eingriff hat also allein für sich zur Heilung in beiden Fällen ausgereicht.

Carlier behandelt Blasentuberkulose ohne Beteiligung der Niere medikamentös (Instillationen); in schweren Fällen bewirkt die Anlegung einer Blasenfistel bedeutende Erleichterung.

Loumeau hat von 7 Nierenkranken 5 durch Nephrektomie geheilt, während 2 Nephrostomierte starben; von 12 Patienten hatten 11 durch eine Blasenfistel bedeutende Linderung und einige sogar Heilung.

Albarran betont auf Grund mehrerer Fälle die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose. Reine bacilläre Pyelonephritis ohne Mischinfektion ist viel häufiger als man annimmt. Von der Nierenresektion, die er früher vielfach ausführte, ist er vollständig abgekommen.

Legueu hat nach Operation der Prostata und Samenbläschen unangenehme Fisteln gesehen; mit chirurgischer Behandlung der Blase hat er, weil zu spät ausgeführt, nur Mifserfolge gehabt.

Nach Motz begann bei 56 Patienten die Tuberkulose 41 mal in den Nieren; 11 mal in der Blase; bei 4 Ursprung unbekannt. Einen Zusammenhang zwischen Lungen- und Urogenitaltuberkulose bestreitet er für die grofse Mehrzahl der Fälle. Nur in 4 Fällen trotz eines grofsen Materials hat er spontane Heilung von Blasentuberkulose gesehen, 3 von Nierentuberkulose. Von 11 Nephrotomisierten 8 Todesfälle, 1 Heilung seit 5 Jahren andauernd;

die 2 letzt Operierten befinden sich schlecht. Von 16 Nephrektomierten geht es 14 sehr gut, mehrere sind vollständig geheilt.

Lavaux spricht sich gegen eine frühzeitige Nephrektomie aus; mit Medikamenten und Instillationen von schwachen Arg. nitric.-Lösungen (1 $^0/_{00}$; $^1/_2$ $^0/_{00}$) könne man manche Urogenitaltuberkulose heilen.

Casper hat vermöge des Ureterenkatheterismus und der Phloridzinreaktion eine schwere Erkrankung der anderen Niere festgestellt, und so eine Patientin vor einer verhängnisvollen Nephrektomie bewahrt.

Mankiewicz befürwortet gegen Blasentuberkulose Instillationen von 1 : 1000 bis 1 : 10000 Sublimat.

Carlier liefs sich auf Grund des Ausfalls der Methylenblaureaktion zu einer Nephrektomie verleiten; die Sektion ergab, dafs auch die andere Niere hochgradig erkrankt war.

Nicolich spricht im Sinne der Referenten.

4. Sitzung.

Nouveau precédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne. Von Le Clerc Dandoy, Brüssel.

Ein 10 l künstliches Serum (0,8 $^0/_0$ NaCl-Lösung) haltendes Metallgefäfs steht durch eine Y-förmige Röhre in Verbindung mit dem Blasendrain nach Guyon-Perier einerseits, andererseits mit einem trompetenähnlichen, Wasser enthaltenden Glasgefäfs. Durch diese Vorrichtung findet eine leicht regulierbare Cirkulation statt. Man verhütet dadurch eine Zersetzung, sowie Urininfiltration, erzielt eine prima intentio der benachbarten Wundränder und Verminderung der Schmerzhaftigkeit.

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. Von Carlier, Lille.

Die primäre Blasennaht ist immer indiziert und gelingt fast immer bei jungen Leuten. Am besten ist eine zweireihige Etagennaht nach Lembert mit Katgut oder Seide. Ein Verweilkatheter ist meist überflüssig, andernfalls wendet man den von Pezzer oder Malécot an.

Taille hypogastrique avec suture totale de la vessie à un seul plan. Von Michailowsky, Philippopel.

Hat bei 28 meist jugendlichen Steinkranken die primäre Blasennaht nach Steinschnitt mit 2 Todesfällen gemacht, 22 mal nach Holstedt, 10 mal nach Lembert. Bei 23 erzielte er eine prima intentio, bei 1 mufste wegen Hämaturie die Blase wieder eröffnet werden. Genäht wurde mit Seide. Ferner ein Verweilkatheter angewendet. Die rektale Untersuchung giebt den besten Aufschlufs betreffs Gröfse und Zahl der Steine.

De la cystorraphie primitive. Von Delagrammatica, Konstantinopel.

Tritt auch für primäre Blasennaht ein. Contraindikationen sind: Unmöglichkeit einen Verweilkatheter zu lassen, bacilläre Cystitis, Möglichkeit einer sekundären Blutung, Cystostomia suprapubica wegen Prostata hypertrophie, Infektion der obern Harnwege und Dyspepsien auf Intoxikationen beruhend.

De la réparation spontanée des plaies de la vessie. Von Imbert, Marseille.

Nach Versuchen an Kaninchen heilen Incisionen und Resektionen der Blase bei geringer Ausdehnung nach wenigen Tagen spontan. Über 2 cm grofse dagegen führen den Tod herbei. Die Wunden verheilen nach 48 Stunden durch Verwachsung mit der Nachbarschaft. Über diese schiebt sich das Blasenepithel. Zuletzt sieht man nur noch eine Einsenkung an Stelle der Wunde.

Nicolich näht gleichfalls, wo angängig, die Blase primär, aber nur mit Katgut, weil ein Seidenfaden einmal zur Steinbildung Anlafs gab. Ein Verweilkatheter ist überflüssig.

Preindelsberger schliefst sich den Ausführungen N.s an.

Leguen befürwortet den Verweilkatheter nach Blasennaht.

Nouveaux cas de fistules vésico-vaginales traitées par le procedé de dédoublement. Von Loumeau, Bordeaux.

Diese schon beschriebene Methode (cfr. Centralblatt 1897 S. 727) hat er in 5 weiteren Fällen mit gutem Erfolge angewandt. Leguen zieht diese Methode jeder andern vor.

Cystite due au bacille typhique avec observation d'un cas chronique de septannées de durée. Von H. Young, Baltimore.

Ein Patient litt 7 Jahre lang nach Typhus an chronischer Cystitis, die, wie durch Kulturversuche festgestellt wurde, durch Typhusbacillen bewirkt worden war.

Leucoplasie vésicale primitive hémorhagique. Von Escat, Marseille.

Bei 2 Patienten von 21 und 22 Jahren, bei welchen auf Grund von Blasenblutungen Papillome vermutet worden waren, ergab der Blasenschnitt Leucoplasie. Heilung durch Kauterisation.

Propagations ganglionnaires dans les néoplasmes vésicaux. Von O. Plasteau, Paris.

Weitere Beiträge zu frühern Arbeiten von P. über Verbreitung der Blasentumoren durch die Lymphbahnen.

Curettage de la vessie pour lithiase vésicale. Von Chevalier, Paris.

Bei einer 44jährigen Patientin traten 3 Monate lange Blasenblutungen, darnach trüber, schleimiger Urin und schmerzhafter Harndrang ein. Bei der Untersuchung mit der Steinsonde hatte man das Gefühl, als ob die ganze Blasenschleimhaut inkrustiert sei. Eine vollständige Curettage der Blase bestätigte die Vermutung. Nach einigen Blasenwaschungen erfolgte komplette Heilung.

De la boutonnière périneale avec dilatation immédiate progressive de l'urèthre posterieur comme voie d'extraction des petits calculs surtout chez les enfants, Troiscas de lithotritie chez l'enfant. Von Hache, Bukarest.

H. hat in 2 Fällen, wo eine Lithotripsie unmöglich war, durch Perinealschnitt und Dilatation der Urethra post. Steine extrahiert. 3 Kinder im Alter von 3—5 Jahren wurden erfolgreich lithotripsiert.

Les calculs urinaires en Egypte. Von Trekaki, Alexandrien.

Unter 4167 Hospitalkranken waren 448 Steinkranke = 16 %. Die Haupt-



ursachen für diese hohe Zahl bildet 1. das Trinken von unfiltriertem schlammhaltigen Nilwasser und 2. Bilharzia haematobia.

La Lithiase en Bosnie considerée au point de vue de ses rapports avec les conditions géologiques et hydrologiques du pays. Von Preindlsberger, Sarajevo.

Ausführlichere Mitteilungen giebt eine besondere Broschüre des Verf. über diesen Gegenstand. Wir heben folgende Punkte daraus hervor: In Bosnien sind Steine 4—5 mal häufiger als in Böhmen. Trinkwasser, aus kreidehaltigem Boden kommend, soll Hauptursache für Steine sein. Das trifft für Bosnien und Herzegowina, wo die Triasformation vorherrscht, zu. Von 26 Steinen sind indes nur 2 Phosphate. Am meisten wird die Jugend unter 20 Jahren und das beginnende Greisenalter betroffen, das männliche Geschlecht fast ausschliefslich. Die christliche Bevölkerung ist wohl deshalb mehr an der Lithiasis beteiligt, weil sie ärmer als die mohamedanische ist und fast ausschliefslich vegetarisch lebt. Das Klima ist anscheinend ohne Belang. Harnsäureinfarkte der Neugeborenen sind vielfach als Ursache der Steinbildung anzusehen.

Les calculs de la vessie en Grèce. Von Kallionzis, Athen.

Auch hier sind sie sehr häufig, was wohl auf die vorwiegend vegetarische Kost, besonders auf den Genufs von Tomaten, bei der Bevölkerung zurückzuführen ist. Die Mineralquellen von Loutraki und der Insel Andra sind ebenso wirksam wie die von Évian oder Contréxeville bei dieser Krankheit.

Volumineux calcul vésical autour d'une épingle à cheveux chez une jeune fille. Von Pavone, Palermo.

Zertrümmerung des Steines und Extraktion der Nadel nach Dilatation der Urethra.

Un cas de corps étrangers de la vessie après une ovariotomie. Von Sepp, Amsterdam.

7 Wochen nach der Operation wurden durch Lithotripsie ein 80 gr schwerer Phosphatstein, 6 Seidenfäden und 1 Nélatonkatheter, der zur Versorgung des Stumpfes gedient hatte, entfernt. Heilung.

Deux cas interessants de lithiase vésicale. Von de Mendoza, Madrid.

Im ersten Falle handelte es sich um eine miteinander kommunizierende Vesica bilocularis, wo jede Kammer einen Stein enthielt. Heilung durch Sectio alta; im zweiten um einen eingewachsenen Stein bei einem Prostatiker, der durch eine Resektion der Blasenwand entfernt wurde.

Pasteau beobachtete einen sanduhrförmigen Stein, der in beide Kammern einer Vesica bilocularis sich erstreckte; ferner bei einem 18jährigen Mädchen einen Stein, der ein Blasendivertikel ausfüllte.

Extraction à l'aide du cystoskope, des corps étrangers de la vessie chez la femme. Von Regnès, Marseille.

Mit einer langen dünnen Pincette wurde unter Zuhilfenahme des Cystoskops eine Haarnadel extrahiert.

6. Sitzung.

(Die 5. Sitzung war mit den andern Sektionen gemeinschaftlich in der Sorbonne.)

3. Hauptthema:

Resumé du rapport sur les résultats éloignés des traitements operatoires dans l'hypertrophie prostatique.

Referenten: v. Frisch, Leguen und Harrison.

Während die beiden anderen Berichterstatter die sogenannten sexuellen Operationen verwerfen, empfiehlt Harrison die Vasektomie, durch welche er in weit über 100 Operationen meistens Besserung erzielt hat. Sie ist jedenfalls der Kastration vorzuziehen und würde, frühzeitig angewandt, manche Dysurie verhüten. Die beiden anderen Referenten versprechen sich nur Erfolg von direkter Inangriffnahme der Prostata. Hierbei kommen in Betracht die Prostatectomia suprapubica oder perinealis mit teilweiser oder totaler Zerstörung der Prostata, welch' letztere Legueu für die Operation der Zukunft hält, während die partielle bei totaler Hypertrophie oft versagt und die Bottinische Operation noch nicht über jeden Zweifel erhaben ist. v. Frisch dagegen empfiehlt neben der Prostatektomie die Bottinische, wenn er auch nicht verkennt, dafs sie keineswegs ganz ungefährlich ist, dafs man im Dunkeln operiert und dafs Recidive kommen können. Der Dauererfolg aller dieser Operationen kann durch hypertrophische Narbenbildung und fortschreitende Hypertrophie der Drüse illusorisch werden.

In der Diskussion schliefst sich Pousson vollständig den Ausführungen Legueus an. Carlier betrachtet die Prostatektomie als ultima ratio, sonst kommt der Katheterismus in Betracht, den auch Chevalier befürwortet, und eventuell im Beginn die sexuellen Operationen, die den Prozefs aufhalten. Hamonic befürwortet die Castratio duplex. Nicolich hat von 35 Patienten nur 5 (= 14 %) durch Vasektomie gebessert; dagegen durch Bottini 22 geheilt mit 2 Todesfällen und 2 Mifserfolgen. Letztere Operation hat auch in verzweifeltsten Fällen glänzend gewirkt. Auch Giordano hat mit der B.schen Diärese die besten Erfolge erzielt. Loumeau hat durch Castratio duplex in 3 von 5 Fällen Besserung, durch Prostatektomie 3 Patienten geheilt. Die Vasektomie hat er 70 mal ohne einen Erfolg ausgeführt. Sämtliche Redner stimmen darin miteinander überein, dafs die Cystostomia suprapubica nur eine Palliativoperation ist und dafs man sie nur im äufsersten Notfall machen sollte.

7. Sitzung.

État actuel du traitement de l'hypertrephie pestatique aux États-Unis.

Von Ramon de Guiteras, New-York.

Die indirekten (sexuellen) Operationen erfreuen sich geringer Beliebtheit. Dagegen wird die Bottinische Operation und Prostatektomie häufig gemacht. Erstere ist indiziert bei nicht zu grofser Prostata mit beträchtlicher Retention, letztere bei nicht zu alten Individuen, normalem Urin und gesunden Nieren. Bei mittlerem Lappen mache man die suprapubische, bei lateralem die perineale Prostatektomie.

Frank hat von 7 Patienten 6 mit gutem Erfolge bottinisiert; den

letzten mit dem modifizierten Bierhoff-Freudenbergschen Incisor mit Cystoskop.

Hogge hat von 4 Patienten 2 durch Castratio duplex geheilt.

La prostatectomie. Von Desnos, Paris.

Diese Operation sollte man nur machen bei starken vorspringenden Prostatalappen und wenigstens teilweise vorhandener Kontraktilität der Blase. Hohes Alter und Infektion der Harnwege sind keine formellen Kontraindikationen. Das Resultat seiner 29 Prostatektomien ist: 3 Todesfälle, 17 Besserungen resp. Heilungen, 7 ohne Erfolg. Meist genügt die Zerstörung des obstruierenden Hindernisses nach Sectio alta.

Contribution à l'étude du prostatisme. Von Motz, Paris.

Die histologische Untersuchung von 16 Fällen ergab in 13 eine Epithelialproliferation, wie man sie bei Karcinom und Prostatahypertrophie findet.

a) **Résultats de l'opération de Bottini pour l'hypertrophie de la prostate.** b) **Présentation d'un inciseur de la prostate combiné avec un cysteskope.** Von Albert Freudenberg, Berlin.

F. hat augenblicklich 86 mal bei 69 Patienten diese durch ihn zu neuem Ansehen gelangte Operation ausgeführt mit: 4 Todesfällen (= 5,8—8,7 %), 31 Heilungen (= 50,82 %), 16 Besserungen (= 26,23 %) und 8 Mifserfolgen (= 13 %). Unter den beiden letzteren würde wahrscheinlich eine abermalige Operation ein besseres Resultat geben. Bei den 11 zuletzt Operierten hatte er nur 1 Mifserfolg, ein Beweis, dafs alles an der Beherrschung der Technik liegt. Trotz 4jähriger Beobachtung hat er kein Recidiv gesehen. Sein neuer verbesserter Incisor gestattet die Operation mit Hilfe eines Cystoskops zu machen.

Lésions blennorrhagiques de la prostate. Von Frank, Berlin.

Bei jeder Urethritis posterior wird auch die Prostata mitergriffen, bei einem grofsem Teil der Fälle bereits in den ersten 8 Tagen. Insgesamt war die Urethra post. in 33¼ % der untersuchten Fälle erkrankt. Die Therapie besteht in Massage und Spülungen hinterher. Bei frischer Infektion mit Beschränkung auf die Pars ant. kann man durch tägliche abortive Spülungen mit Protargol heilen. Fisteln, paraurethrale Gänge etc. bedürfen besonderer chirurgischer Behandlung.

Freudenberg empfiehlt Elektromassage der Prostata, wobei der eine Pol mit dem Zeigefinger des Masseurs in Verbindung steht. Am besten sind schwache faradische Ströme.

La phagocytose au point de vue pratique. Von Dorst, Amsterdam.

Plötzliches Verschwinden des Ausflusses bei Gonorrhoe deutet auf eine Komplikation, wohingegen reichliche Eiterproduktion ceteris paribus eine gute Prognose giebt. Man soll besonders durch lokale Wärmeapplikation Leukocytose hervorzurufen suchen. Starke Antiseptica können, als Schädiger der Leukocyten, unheilvoll wirken. Gutes leisten die Janetschen Spülungen bei chronischer und subakuter Gonorrhoe.

Des infections urinaires déterminées par les microbes anaérobies. Von Albarran und Cottet, Paris.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf periureterale Abscefse, Urin-

infiltrationen, Prostataabscesse, Blasenkatarrhe, Pyonephritiden und Nierentuberkulose, zusammen 43 Fälle mit dem Ergebnis, dafs Anaërobier entweder allein oder mit Aëroben zwar gutartige Affektionen der Harnkrankheiten bewirken können, dafs sie aber eine überwiegende und vielleicht sogar ausschliefsliche Rolle bei allen schwereren Infektionen mit Neigung zur Gangrän spielen. Desgleichen können sie gerade so gut wie Aëroben zu einer Allgemeininfektion führen.

Un cas de baktériurie. Von Nanu, Bukarest.

Dieser schwere Fall bei einer 40jährigen Patientin ist wahrscheinlich auf eine Metritis zurückzuführen. Heilung durch Salol und Argentumspülungen.

Traitement de la baktériurie par l'urotropine. Von Janet, Paris.

Wirkt in Dosen von 0,25—0,75 sehr gut und wird vom Magen und Nieren besser als Salol vertragen. Hartnäckige Bakteriurien werden vollständig nur durch Beseitigung einer Obstipation geheilt.

Auch Hogge rühmt Urotropin sehr.

Rapport entre la toxicité de l'urine et son immunisation. Recherches experimentales. Von C. Bruni, Lille.

Kaninchen kann man nach 2—3 Monaten schliefslich die doppelte tödliche Dosis Urin injizieren. Aber sie gehen dann an Paralyse und Kachexie zu Grunde. Spritzt man dagegen täglich steigende, anfangs minimale Urinmengen ins Peritoneum, so vertragen sie schliefslich die doppelte tödliche Dosis ohne Schaden. Aus weiteren Versuchen, die aber noch nicht abgeschlossen sind, geht hervor, dafs man mit dem Serum dieser Tiere andre an sonst tödliche Urinmengen gewöhnen kann.

Des névropathies et psychopathies urinaires. Von Barthélemy Guisy, Athen.

Krankheiten der Harnorgane können bei erblich belasteten Individuen psychische Störungen auslösen, die durch Heilung der erstern wieder verschwinden. Diese Störungen können plötzlich auftreten und auf eine unbedeutende Verletzung kann ein schwerer Anfall kommen.

Les progrès de la petite chirurgie des voies urinaires. Von Lavaux, Paris.

L. bespricht die grofsen Fortschritte in der Behandlung von Harnkrankheiten durch französische Urologen. Es sind die grofsen Spülungen ohne Katheter, die lokale Anäthesie, die progressive Dilatation und lineare Elektrolyse.

Berg, Frankfurt, weist diesen Ausführungen gegenüber auf die grofsen Verdienste Oberländers und Kollmanns, durch deren Arbeiten eine neue zukunftsreiche Ära in der Gonorrhoetherapie begonnen hat.

Des troubles vésicaux d'origine neurasthénique et de leur traitement par l'électricité. Von Courtod, Paris.

Diese Störungen manifestieren sich in Schwierigkeit bei der Harnentleerung und geringer Kraft des Strahls. Die Behandlung besteht in elektrischen Bädern oder lokaler Faradisation des Perineums und der Wirbelsäule.

8. Sitzung.

4. **Hauptthema:**

Les résultats éloignés d'interventions sanglantes dans les rétrécissements de l'urètre.

Referenten: Harrison, Heresco und Albarran.

Es herrscht ziemlich grofse Übereinstimmung unter den Berichterstattern: Sämtliche blutige Eingriffe mit Ausnahme der Resektion des Ureters geben nur dann Dauererfolge, wenn ihnen eine konsequent durchgeführte Bougierung, die eventuell von Zeit zu Zeit wiederholt werden mufs, folgt. Die Urethrotomia interna kann nur (Heresco und Albarran) als Erleichterung und Beginn der progressiven Dilatation betrachtet werden. Harrison allerdings glaubt, dafs sie oft allein zur Heilung ausreicht. Bei Fisteln, harten kallösen solitären Strikturen des Perineums ist die Urethrotomia externa mit nachfolgender Bougierung am Platz und giebt dann bessere Resultate als die interna oder Dilatation allein. Bei Zerreifsungen der Harnröhre und traumatischen Strikturen von nicht zu grofser Ausdehnung ist allein die Resektion der Urethra mit Vereinigung der Stümpfe am Platz und giebt die besten Dauererfolge. Die gewaltsame Divulsion nach Holt ist nur wirksam bei periurethralen submukösen Strikturen der Pars posterior (Harrison). Die elektrolytische Behandlung der Strikturen ist an und für sich zur dauernden Heilung unzulänglich (Albarran).

In der Diskussion sprechen Hamonic, der die von ihm angegebenen Metallbougies empfiehlt, Noguès, der das Schicksal von 132 Urethrotomisierten verfolgt hat, Janet und Leguen im Sinne der Berichterstatter.

Lavaux will mit der Elektrolyse gute Erfolge erzielt haben.

Goldberg hat eine hochgradige traumatische Striktur durch Urethrotomia ext. und retrograden Katheterismus beseitigt. Hingston macht ausnahmsweise die Urethrotomia ext. nach Syme, sonst die Urethrotomia interna, welcher er sofort täglich wiederholte Bougierungen mit möglichst dicken Metallbougies folgen läfst.

9. Sitzung.

Infection urinaire et infection générale. Von Posner, Berlin.

Erscheint unter den Originalien dieser Zeitschrift.

Traitement de la blennorrhagie de l'urèthre anterieur. Von de Mendoza, Madrid.

M. ist eifriger Anhänger der Janetschen Spülungen. Er hat für diese eine doppeltläufige Kanüle mit Kautschukunterlage, um Beschmutzung des Patienten zu verhüten, konstruiert. Er empfiehlt diese Spülungen als Prophylacticum innerhalb der ersten 24 Stunden nach einem verdächtigen Coitus.

Cathétérisme retrograde de l'urèthre dans les ruptures de l'urèthre. Von Leguen, Paris.

Bereits veröffentlicht (cfr. Centralblatt 1900 S. 327).

Corps étrangers de l'urèthre chez l'homme. Von de Planta, Mauléon.

In dem einen Falle hatte sich der 64jährige Patient eine 8 cm lange Holzröhre, um eine Erektion zu markieren, in dem andern ein Jüngling

einen Bleistift in die Urethra eingeführt. Beide wurden mit Hilfe einer Glaskanüle und eines Fadens, der an die Fremdkörper befestigt wurde, extrahiert.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'éléctrolyse. Von J. A. Fort, Paris.

Polemisiert heftig gegen die Ausführungen Albarrans betreffs der Dauererfolge durch lineare Elektrolyse von Strikturen. F. hat mit dieser Methode 140 Patienten geheilt. Er wendet jetzt einen Strom von höchstens 10 M. A. und höchstens 20—30 Sekunden an. Das Elektrourethrotom ist jetzt zweischneidig konstruiert.

Garay, Mexiko, zieht auf Grund von 300 Operationen die Elektrolyse mit Dilatation der Urethrotomie vor.

de Keating-Hatt, Marseille, hält die Elektrolyse mittelst Olive nach Newmann für besser als die lineare Forts, während Comanos, Kairo, letztere auf Grund von 32 operierten Fällen lobt.

Traitement de la neurasthénie urinaire. Von Goldberg, Wildungen.

Es giebt drei Formen dieser Neurasthenie, 1. kombiniert mit ernsteren Genitalerkrankungen, wie Gonorrhoe, Striktur etc.; 2. kombiniert mit leichteren, wie goutte militaire, Prostatitis, weichem Infiltrat etc.; 3. ohne nachweisbare Genitalerkrankungen. Bei 1. mufs in erster Linie das Grundleiden behandelt werden, im 2. Falle ist eine lokale Behandlung nur dann angebracht, wenn man das Übel mit absoluter Sicherheit heilen kann. Bei 3. vorsichtige aseptische lokale Therapie. Die Pollakiurie psychischen Ursprungs behandelt man suggestiv durch rekto-abdominale Faradisation.

Des névralgies uréthrales. Von Pasteau.

Diese bleiben namentlich bei Frauen nach Urethritiden zurück. Besteht noch eine Infektion, so behandelt man antiseptisch, bei Schmerz anästhesierend und bei Sphinkterkrampf dilatierend. Man kann durch Anwendung von central durchbohrten Beniqués eine Instillation und Dilatation kombinieren. Als Medikament wandte er Oleum Gujakoli 1 : 20 an. Daneben ist eine Allgemeinbehandlung erforderlich.

Traitement des inflammations de la partie antérieure de l'urèthre à l'aide de lavages. Von Mikhailoff, St. Petersburg.

Akute Entzündungen behandelt er mit Spülungen, wobei ein elastischer Katheter (10—15 Ch.) bis zur Pars membranacea eingeführt wird; am besten mit Permanganat oder Sublimat in bekannter Konzentration. Es gelang ihm mit dieser Methode eine Anzahl Patienten zu heilen.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme. Von J. Janet, Paris.

Die Urethra wird durch eine modifizierte Burkhardtsche doppeltläufige Kanüle mit einer 0,5—1 %igen Permanganatlösung ausgespült oder es wird die Blase mit Permanganat gefüllt, und die Lösung dann von den Kranken ausuriniert. Die Skeneschen Drüsen werden ausgedrückt und dann in sie mittelst einer besonders konstruierten Spritze eine 0,3 %ige Permanganatlösung injiziert. Ebenso behandelt man die Bartholinischen Drüsen; ferner

Vagina und Uterus mit Spülungen und Tampons in bekannter Weise. Statt Permanganat kann man Protargol nehmen.

Blennorrhagie chronique d'un urèthre surnuméraire. Von Perkowsky, Warschau.

Die 12 cm lange Harnröhre, die als Quelle mehrerer Blennorrhoeen den Patienten sehr belästigte, wurde durch Incision, Kauterisation und Injektion von Jodtinktur in die tieferen Partien zur Verödung gebracht.

G. Berg, Frankfurt a. M., wendet sich gegen die Ausführungen Franks in der vorigen Sitzung. Im akuten Stadium ist die Prostata geschwollen, aber sondert kein Sekret ab. In vielen Fällen von Gonorrhoe ist die Prostata mitaffiziert, im akuten Stadium macht sich die Entzündung durch subjektive Symptome bemerkbar. Es ist schwer zu entscheiden, ob die Mikroorganismen von der Prostata oder der Urethra herstammen. Eine akute Prostatitis soll wie jede andre Entzündung behandelt werden, jede aktive Therapie ist zu verwerfen.

Les ulcérations simples et l'ulcère simple de la vessie. Von Lefur, Paris.

Diese Geschwüre sind bisher zu wenig beachtet worden. Sie können ähnliche Erkrankungen wie die Magengeschwüre darbieten (Hämorrhagien, Perforationen etc.), ferner zu Cystitis, Pericystitis und ascendierender Pyelonephritis und so zum Exitus letalis führen. Oft werden sie mit Tuberkulose verwechselt. Sie entstehen durch Intoxikationen wie Arsen, Quecksilber etc. oder Infektionen von Bakterium coli, B. pyocyaneus etc. Doch ist ihre Ätiologie zum Teil noch dunkel. Auch trophische Störungen spielen hierbei wohl eine Rolle.

Pathogénie et prophylaxie des génitalités féminines postmatrimoniales. Von Guiard, Paris.

Es giebt aufser der blennorrhoischen oft noch eine nichtvirulente Genitalaffektion bei Jungverheirateten. Diese bewirkt durch normalerweise in jeder Vagina vorkommende Saprophyten, ruft den weifsen Flufs und Metritis der jungen Mädchen hervor und führt infolge des gesteigerten sexuellen Verkehrs in den Flitterwochen zu Genitalentzündungen. Gründliche Irrigationen mit Sublimatlösungen von 1 : 5000—10000 beseitigen diese in kurzer Zeit. Es wäre wünschenswert, dafs diese antiseptische Spülungen häufiger von Frauen und Jungfrauen ausgeführt würden. Es würde dann aufser den oben erwähnten manche Wochenbetterkrankung verhütet werden.

Zur Methodik der funktionellen Nierendiagnostik.

Vorläufige Mitteilung

von

Prof. **A. v. Korányi.**

Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes und des Harnes hat uns eine Methode in die Hand gegeben, welche die Verminderung der Permeabilität der Nieren für gelöste Moleküle im allgemeinen[1]), sowie die Störungen der Wasserausscheidung[2]) zu ermitteln erlaubt. Nun will ich kurz auf die weiteren Vorteile hinweisen, welche aus der Anwendung physikalisch-chemischer Untersuchungsmethoden für die Prüfung der Nierenfunktion hervorgehen.

---

[1]) A. v. Korányi, Zsch. f. klin. Med. Bd. 33—34.
Derselbe, Pester med. chir. Presse 1898 No. 52.
Derselbe, Ungar. med. Presse 1898 No. 13—15.
Derselbe, Monatsber. üb. die Gesamtleistungen auf dem Geb. der Krankh. d. Harn- und Sexualapparate 1899 Bd. IV No. 1.
Róth und Richter, Berl. klin. Wochenschr. 1899 H. 30—31.
Lindemann, D. Arch. f. klin. Med. Bd. 65 H. 1—2.
Richter, Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 7.
M. Senator, D. med. Wochenschr. 1900 No. 3.
Albarran, Bousquet, Bernard, IV. Session de l'association française d'urologie 1899.
Claude und Balthasar, Presse médicale 1900 No. 14.
Kümmel, XXIX. Kongrefs deutscher Chirurgen Berlin 1900.
Illyés, Sitzung der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte 1900, am 30. April.
A. v. Korányi, Diskussion daselbst.
Moritz, St. Petersburger med. Wochenschr. 1900 No. 22.
[2]) A. v. Korányi, Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 36.
Kövesi und Róth-Schulz, Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.





1. Die Nieren haben aufser der Regelung des Gehaltes des Blutes an gelösten Molekülen und an Wasser die Aufgabe, die nützlichen und notwendigen Stoffe im Blute von den überflüssigen und schädlichen zu scheiden, die ersteren im Blute zurückzuhalten, und die letzteren im Harne nach aufsen zu befördern (Selektionsarbeit nach Pauli). Wird diese verwickelte Aufgabe vollständig gelöst, dann mufs ein Harn bereitet werden, dessen Eigenschaften von denjenigen des Blutes grundverschieden sind. Der Unterschied zwischen dem Blutplasma und dem Harne kann als die Folge und als das Mafs der Drüsenthätigkeit der Nieren aufgefafst werden. Es ist zu erwarten, dafs jede Schädigung des Nierengewebes zu einer Abnahme seiner spezifischen Drüsenthätigkeit, also zu einer Abnahme des Unterschiedes zwischen Blutplasma und Harn führen mufs. Trifft diese Erwartung zu, dann müssen die Eigenschaften eines durch kranke Nieren bereiteten Harnes denjenigen einer Mischung von normalem Harn und Blutplasma ähnlich werden.

2. Die normale Thätigkeit der Nieren ist die wichtigste jener Funktionen, welche den konstanten relativen und absoluten Gehalt des Blutes an gelösten Molekülen und an Wasser, also auch die konstante Menge der Blutflüssigkeit, sowie die konstante chemische Zusammensetzung derselben sichern. Wird die Permeabilität der Nieren für gelöste Moleküle herabgesetzt, während die Wasserausscheidung in normaler Weise stattfindet, dann nimmt die molekulare Konzentration des Blutes zu. Ist auch die Wasserausscheidung durch die Nieren beschränkt, dann nimmt die Menge des Blutplasmas zu und führt die gleichzeitige Retention gelöster Moleküle weniger oder gar nicht zu einer Zunahme der molekularen Konzentration des Blutes, da letztere durch die Wasserretention herabgesetzt wird. Wenn die Krankheit auch noch die Drüsenthätigkeit des noch secernierenden Nierengewebes schädigt, dann können zwei Fälle vorkommen. Arbeitet ein bedeutender Teil der Nieren ungestört weiter, dann kann eine Kompensation zu stande kommen. Es wird eine Mischung von krankem und normalem Harn entleert, während die Zusammensetzung des Blutplasmas gar nicht leidet. Genügt das erhaltene Drüsengewebe nicht zur Kompensation des Ausfalles, dann mufs sich die Zusammensetzung des Blut-

plasmas so verändern, als fände eine Vermischung des Blutes mit Harn statt.

Die Wichtigkeit des Studiums dieser Veränderungen des Blutes und des Harnes liegt auf der Hand. Die hier auseinandergesetzte Auffassung des Wesens dieser Veränderungen führt zu einer grofsen Zahl neuer Methoden zur Prüfung der Nierenfunktion. Die Zukunft wird erst zeigen können, inwieweit diese neuen Methoden sich in der Praxis bewähren werden. Vorläufig sei nur auf einige von diesen kurz hingewiesen, welche mir einer eingehenden Prüfung wert zu sein scheinen.

3. Zum Nachweis der Abnahme des Unterschieds zwischen dem Harne und dem Blutplasma bei Nierenkrankheiten können folgende leicht mefsbare Eigenschaften dieser Flüssigkeiten schon jetzt herangezogen werden:

a) Der Eiweifsgehalt des Blutplasmas ist konstant, der des Harnes null. Albuminurie ist die am leichtesten nachweisbare Folge der gestörten Nierenthätigkeit, während die Niereninsufficienz zu einer Verarmung des Blutplasmas an Eiweifs führt. Die Albuminurie und die Hypalbuminämie verringern einen wesentlichen Unterschied zwischen Blut und Harn.[3])

b) Die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes ist konstant und weit geringer als die des Harnes. Bei Erkrankungen der Nieren nimmt die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes ab, bei Niereninsufficienz die des Blutes zu.

c) Das mittlere Molekulargewicht der im Blutplasma gelösten Körper (berechnet nach Bouchard[4]) ist grofs, das der Harnbestandteile gering. Bei Nierenkrankheiten nimmt dieser Wert im Harne zu, bei Niereninsufficienz im Blute ab.

d) Unter den gelösten Molekülen des Harnes finden sich weit mehr solche, welche durch die roten Blutkörperchen nicht dringen können (Hamburger, Köppe[5]), unter diesen wieder

---

[3]) In vielen Fällen wird die Hypalbuminämie teilweise oder ganz durch Wasserretention bedingt. Hier kann auf die Unterscheidung der verschiedenen Hypalbuminämien nicht eingegangen werden.

[4]) Bouchard, Journal de Physiol. et de pathol. 1899.

[5]) Hamburger Cbl. f. inn. Med. 1900 No. 12.

Köppe, Die physikalische Chemie in der Medicin 1900.

weit mehr Jone[6]) (bestimmt auf Grund der Leitfähigkeit) und chlorhaltige, als unter den gelösten Molekülen des Blutes. Bei geschädigter Nierenthätigkeit scheint im allgemeinen die Zusammensetzung des Harnes auch in diesen Beziehungen der des Blutplasmas ähnlicher zu werden, während das Blutplasma sich bei Niereninsufficienz dem Harne zu nähern scheint.

Abweichungen von dieser Regel werden dadurch ermöglicht, dass die verschiedenen Bestandteile des Harnes durch verschiedene Teile der Nieren ausgeschieden werden, und die Krankheit nicht alle Nierenteile gleichmäfsig zu schädigen braucht. Die Zusammensetzung des Blutes und des Harnes bei Nierenkrankheiten hängt ja nicht nur von der herabgesetzten effektiven Nierenthätigkeit ab. Die Folgen dieser Störung kombinieren sich mit denen der herabgesetzten Permeabilität für gelöste Moleküle im allgemeinen sowie mit denen der verschiedenen Permeabilität verschiedener Nierenteile für die denselben entsprechenden Stoffe. Die Analyse der aus dieser Kombination folgenden Abweichungen von dem Schema, sowie die Untersuchungen über die Veränderungen der Nierenpermeabilität für bestimmte dem Organismus fremden Stoffe (Achard, Castaigne etc.) werden hoffentlich die ersten Thatsachen zur Begründung einer topischen Nierendiagnostik liefern.

4. Ein weiterer charakteristischer Unterschied zwischen dem Blutplasma und dem Harne liegt in der konstanten Zusammensetzung des ersteren und in der Veränderlichkeit des letzteren. Bei den Schwankungen der Zusammensetzung der Nahrung und der Wasseraufnahme ist die Konstanz der Eigenschaften des Blutes nur möglich, wenn die Zusammensetzung des Harnes eine diesen Schwankungen entsprechende, also variable ist. In der Veränderlichkeit des Harnes äufsert sich die Anpassungsfähigkeit der Nieren. Dafs diese Fähigkeit bei Nierenkrankheiten leidet, geht schon aus der häufig nachweisbaren grossen Konstanz des Gefrierpunktes, Chlorgehaltes des Harnes etc., sowie aus dem Verschwinden der Tagesschwankungen dieser Werte bei mehr oder weniger stationären Nierenleiden

[6]) Tangl und Bugarszky, Pflüger's Arch. 1897.
Róth Virchows Arch. 1898.



hervor. In exakter Weise sind die Folgen der Verringerung der Anpassungsfähigkeit kranker Nieren durch folgende Methoden nachweisbar:

a) Der grofsen Konstanz des Gefrierpunktes des Blutes gegenüber kann diejenige des Harnes je nach der Menge des verabreichten Wassers bei Gesunden in extremen Fällen mehr als 3 oder weniger als 0,10° betragen. Bei Erkrankungen des Nierenparenchyms nähern sich diese Grenzen einander und dem Gefrierpunkte des Blutes (Róth-Schulz und Kôvesi). In demselben Mafse, wie die Veränderlichkeit der molekularen Konzentration des Harnes abnimmt, mufs der Einflufs der Schwankungen der Wasserzufuhr auf den osmotischen Druck des Blutes zunehmen.

b) Gesunde Nieren passen die Zusammensetzung des Harnes dem Gange des Stoffwechsels an. Es ist zu erwarten, dafs diese Anpassung bei kranken Nieren eine verringerte ist. Ich habe in Tierversuchen [7]) nachweisen können, dafs der osmotische Druck des Blutes nach zweiseitiger Nephrektomie in der That aufserordentlich von der Ernährung abhängig wird, während bei gesunden Tieren der osmotische Druck des Blutes kaum von der Ernährung beeinflufst wird.

Beide Methoden führen zum Schlufs, dafs die Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit der Nieren, ähnlich dem Sinken der elektiven Nierenthätigkeit, zu einer Abnahme des Unterschiedes zwischen dem Blute und dem Harne führt: die Erkrankung der Niere geht mit einer Abnahme der Veränderlichkeit des Harnes, die Niereninsufficienz mit einer Abnahme der Konstanz der Zusammensetzung des Blutplasmas einher.

---

[7]) A. v. Korányi, Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 5.

(*Aus der Klinik des Professors F. Texo zu Buenos-Aires.*)

Über die Besichtigung der Harnleitermündungen.

Von

Dr. **L. Suarez,** Chef der Abteilung.

Diejenigen, welche sich mit Cystoskopie beschäftigen, wissen, welche Wichtigkeit der Besichtigung der Ureterenmündungen zukommt. Einige Beobachtungen von uns in dieser Hinsicht werden vielleicht allgemeineres Interesse erregen. Nitze[1]) in seiner magistralen Abhandlung über Cystoskopie sagt, dafs die Fälle, in welchen man das Herausspritzen von Urin aus den Harnleitern nicht beobachten könne, selten seien. Wir unsererseits, die wir beinahe täglich cystoskopieren, beobachten dieses Phänomen, — und wir widmen ihm besondere Aufmerksamkeit, — überaus selten. Bei empfindlichen Blasen sehen wir es in 20 % der Fälle, bei reno-vesikalen Affektionen nur in 5 %. Dr. Texo, dem wir unsere Beobachtungsreihen mitteilten, war derselben Meinung. Bei Nichtbeobachtung obengenannten Phänomens haben wir die Ureterenmündung in ihren verschiedenen Formen vollkommen unbeweglich gesehen, ohne Ausflufs irgend welcher Flüssigkeit beobachten zu können. Um Irrtümer zu vermeiden, wandten wir folgende Vorsichtsmafsregel an. Wir untersuchten die Kranken regelmäfsig 1½ Stunde nach dem Frühstück, liefsen sie, nach Rat von Nitze, Casper[2]) u. s. w., vor der Untersuchung viel Flüssigkeit zu sich nehmen. Bei möglichst gröfster Ruhe des Patienten stützten wir den Ellenbogen des Armes, welcher das Cystoskop hielt, auf die Kante des Untersuchungstisches, um

---

[1]) Max Nitze, Lehrbuch der Cystoskopie, 1889.

[2]) Casper, Handbuch der Cystoskopie, 1889.

Bewegungen zu vermeiden. Wir stellten die zu untersuchende Ureterenöffnung in die Mitte des Gesichtsfeldes ein und gingen mit dem Instrument möglichst nahe an dieselbe heran. Dessen ungeachtet haben wir das Herausspritzen des Urins nur in den seltensten Fällen gemerkt. Unserer Meinung nach sind es zwei Faktoren, die uns nicht erlaubten, das Entströmen von Urin zu sehen. Erstens die Empfindlichkeit der Blase, zweitens das Verhalten des Ureters. Wenn sich ein gewisses Quantum Urin in dem Nierenbecken anhäuft, hinreichend den Muskeltonus des Ureters zu überwinden, so füllt sich einesteils die Blase durch die vis a tergo, andernteils durch die Muskelkontraktionen des Harnleiters. Aus diesen Gründen kann dies bei normalen Verhältnissen nur intermittierend geschehen. Verhält sich dies nun bei pathologischen Zuständen entsprechend? Keineswegs. Hallé[1]) hat nachgewiesen, dafs bei Pyelo-Nephrititen und chronischen Uretero-Pyeliten der Ureter in seiner anatomischen Beschaffenheit durchaus verändert ist. Der Kanal zeigt in einigen Fällen Ausdehnungen und Klappen, in anderen sind seine Wände verdickt, fibrös, an verschiedenen Stellen verengt, bindegewebige Wucherungen haben die Muskelsubstanz verdrängt. Es erklärt sich daraus leicht, dafs bei fehlendem Muskelgewebe einerseits, bei verunstaltetem Kanal andererseits, der Abflufs des Urins lediglich durch die vis a tergo erfolgen kann. Bei Berücksichtigung des ersten von uns angegebenen Faktors erwähnen wir, dafs im allgemeinen, um cystoskopische Untersuchungen ausführen zu können, die Blase mit ca. 150 gr angefüllt werden mufs. Bei dringenden Untersuchungen mufs man selbstverständlich mit einem geringeren Quantum vorlieb nehmen. Wir haben Untersuchungen schon mit 60 gr Blaseninhalt vorgenommen. Sowohl bei vesikalen, als bei renalen Affektionen (Reflexempfindlichkeit) löst das Anfüllen der Blase leicht Kontraktionen aus, die Distention ist beeinträchtigt. Untersucht man nun bei einem Quantum Flüssigkeit, welches die kranke Blase eben gerade noch verträgt, ohne Kontraktionen auszulösen, so haben wir nur ausnahmsweise den Austritt von Urin gesehen. Das Fehlen des Phänomens ist unserer Auffassung nach durch den Druck verursacht, unter welchem die Flüssigkeitsmenge

---

[1]) N. Hallé, Urétérites et pyélites, 1887.

infolge vermehrter Empfindlichkeit der Blase sich befindet. Lewin und Goldschmidt, sowie Courtade und Guyon beobachteten, dafs während der Blasenkontraktion der Inhalt gegen Blasenwand resp. Ureterenmündung angedrückt wurde. Besteht nun ein Zustand von Semikontraktion (empfindliche Blase), so nimmt der Druck zu. Er kann dann gleich oder gröfser sein als der Druck der von den Nieren herkommenden Urinwelle. Im ersteren Falle läuft der Urin aus dem Ureter kontinuierlich ab, in letzterem scheint kein Ausflufs stattzufinden. Wir möchten das eben Gesagte durch folgenden Fall illustrieren.

Es handelte sich um eine Pyelo-Nephritis. Die Blase wurde mit 130 gr Flüssigkeit angefüllt. Dieselbe war dafür empfindlich. Wir beobachteten bei sehr klarem Medium den rechten Ureter und sehen ihn vollkommen unbeweglich. Während fünf Minuten Untersuchungsdauer merkten wir kein Ausströmen des Urins. Als wir darauf denselben Ureter katheterisierten, konstatierten wir Urinabsonderung, indem sich in bestimmten Zwischenräumen jedesmal 8—10 Tropfen, anscheinend klarer Urin entleerte, der jedoch mikroskopisch einige Eiterkörperchen enthielt.

Der Fall belehrte uns, dafs die Empfindlichkeit der Blase die Ursache war. Um uns weiterhin über diesen Punkt zu informieren, machten wir die Gegenprobe bei einem anderen Kranken. Bei Füllung der Blase mit 150 gr nahmen wir das Herausfliefsen des Urins sehr gut wahr, dehnten wir dagegen die Blase ad maximum aus, bis der Patient zu urinieren wünschte (750 gr), so wechselte die Kraft und Dauer der Projektion. Die Ureterenmündung öffnete sich träge und der Ausflufs dauerte dreimal länger als bei einer Blasenfüllung von 150 gr. Wir gelangten demnach zu nachstehenden Folgerungen:

I. In den Fällen, in denen man bei empfindlicher Blase, sei es infolge renaler oder vesikaler Affektion, sowie bei chronisch erkrankten Ureteren Veränderungen cystoskopiert, sieht man nur ausnahmsweise das Herausspritzen des Urins aus der Ureterenmündung.

II. Das einzige Mittel, welches wir besitzen, um uns mit Sicherheit in zweifelhaften Fällen über das Funktionieren des Ureters Gewifsheit zu verschaffen, ist der Harnleiter-Katheterismus.

Statistik der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie.

Von

Dr. **Albert Freudenberg** in Berlin.

Ich habe dem diesjährigen XXIX. Kongresse der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ am 19. April 1900 eine die gesamte Litteratur der Bottinischen Operation berücksichtigende Gesamtstatistik dieser Operation vorgelegt.[1]) Entsprechend den überhaupt durch einen Vortrag gesteckten naturgemäfsen Grenzen und der zur Verfügung stehenden knappen Zeit habe ich mich damals darauf beschränken müssen, nur im ganzen die aus der Zusammenrechnung der Einzelfälle und Einzelstatistiken sich ergebenden Zahlen über Fälle, Mortalität, Erfolge (Heilungen resp. Besserungen), Mifserfolge zu geben, ohne darauf eingehen zu können, aus welchen Einzelzahlen sich jene Gesamtzahlen zusammensetzen.

Da eine Kontrolle über die Richtigkeit und Stichhaltigkeit jener Gesamtzahlen aber nur möglich ist, wenn man die Einzelzahlen, aus denen sie hervorgegangen, kennt, so hole ich im Folgenden die ins Einzelne gehende Aufstellung der Statistik nach.

Ich bemerke dabei, dafs die im Folgenden gegebene Statistik durch eine Reihe, seitdem zu meiner Kenntnis gekommener Fälle gegenüber den auf dem Chirurgenkongresse mitgeteilten Zahlen vermehrt ist. Das Prozentverhältnis hat sich dadurch etwas, aber nicht irgendwie nennenswert, verändert, und zwar zum schlechteren.

Die jetzigen Zahlen habe ich der Sektion für „Chirurgie

[1]) Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 61, Heft 4, pg. 941. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, XXIX. Kongrefs, II pg. 446.

Urinaire" des XIII. Internationalen Medizinischen Kongresses zu Paris vorgelegt. —

Die folgende Tabelle I giebt in der ersten Kolumne den Namen des betreffenden Operateurs resp. Autors, in Kolumne 2 die Zahl der für die Frage der Mortalität verwertbaren Fälle, in Kolumne 3 die Gesamtzahl der Todesfälle an, welche der Operation zur Last gelegt werden können; unter Kolumne 3a führe ich dann von diesen Todesfällen diejenigen besonders an, bei welchen es zweifelhaft sein mufs, ob sie wirklich der Operation angerechnet werden dürfen, oder nicht vielmehr der Krankheit selbst oder einem von beiden unabhängigen Zufalle zur Last fallen. Unter Kolumne 3a fällt zum Teil auch dasjenige, was W. Meyer[1]) in seiner Zusammenstellung als Todesfälle „indirekt durch die Operation" bezeichnet. Ich rechne also dahin eine Reihe von Todesfällen an bereits vor der Operation bestehender Pyelitis resp. Pyelonephritis (A. Freudenberg, Simon u. a); ferner einen Fall von Stockmann[2]) ohne Sektion, in welchem der Tod 23 Tage nach erfolgreicher Operation bei gutem Befinden plötzlich an „Apoplexie" erfolgte; einen Fall von W. Meyer[3]), in welchem der Tod unmittelbar nach einer der Bottinischen Operation nachgeschickten Sectio alta erfolgte, und ähnliches mehr. Dabei ist zu bemerken, dafs Kolumne 3a nur eine Mindestzahl giebt; auch unter den übrigen Todesfällen finden sich sicher noch mehrere, für welche ein Zweifel bezüglich des Zusammenhanges des Todes mit der Bottinischen Operation berechtigt erscheint.

In Kolumne 4 findet man dann die Zahl der für die Frage der Erfolge oder Mifserfolge verwertbaren Fälle. Eine besondere Aufstellung dieser Kolumne gegenüber der in Kolumne 2 gegebenen Zahl der quoad Mortalität in Betracht kommenden Fälle war deswegen notwendig, weil sich bei einzelnen Autoren Angaben finden, die sich für die Frage der Mortalität verwerten lassen, ohne dafs sie gleichzeitig genügende Angaben über Erfolge oder Mifserfolge gemacht haben.

---

[1]) Medical Record, Jan. 14. 1899.

[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1899, Nr. 22, pg. 360, Fall 2.

[3]) Medical Record, May 12. 1900, pg. 793 und 795 (Fall IX).

Kolumne 5 giebt die Zahl der „Erfolge“, worunter ich Heilungen + wesentliche Besserungen verstehe. Es würde dies also dem entsprechen, was Stockmann[1]) in seiner, naturgemäfs wesentlich kleineren Statistik, entsprechend einem Vorschlage von Wossidlo[2]), als „gute Resultate“ zusammenfafst.

Kolumne 6 giebt die Zahl der Mifserfolge, worunter ich auch die geringen oder zweifelhaften Erfolge registriere.

Kolumne 7 führt den Litteratur- oder sonstigen Quellennachweis über die betreffenden Zahlen an. —

Tabelle II giebt dann Aufschlufs darüber, in welchem Verhältnis sich die Erfolge („guten Resultate“) aus „Heilungen“ oder „wesentlichen Besserungen“ zusammensetzen. Die Aufstellung einer besonderen Tabelle hierfür erschien deswegen geboten, weil sich für diese Frage nur ein geringer Teil der in Tabelle I untergebrachten Zahlen verwerten liefs, sei es, weil einzelne Autoren in statistischen Angaben überhaupt nur von Erfolgen oder guten Resultaten sprechen, ohne eine solche Unterscheidung zu machen, sei es, weil die einzelnen Krankengeschichten nicht genau genug oder zu früh publiziert sind, um dem nachprüfenden Leser eine solche Unterscheidung zu gestatten.

Über den Wert der Tabelle II, sowie die ihr zu Grunde gelegte Begriffsbestimmung von Heilung resp. wesentlicher Besserung, siehe weiter unten nach den Tabellen.

Anmerkungen zu Tabelle I.

[1]) In Bottinis Statistik sind offenbar die Fälle, welche Jemoli und Marconi (Clinica chirurgica 1897, Nr. 6) und Crespi (Gazzetta med. Lombarda 1898, pg. 307; Wien. med. Wochenschr. 1899, Nr. 6) aus B.s Klinik veröffentlicht haben, inbegriffen; diese sind daher in Tabelle I nicht besonders aufgeführt. Hingegen kommen dieselben für Tabelle II in Betracht, da die letzte Einteilung der Resultate Bottinis in „Heilungen oder Besserungen“ seitens B.s aus dem Jahre 1890 stammt.

[2]) Bei meinen Zahlen sind 8 Fälle (7 mit „Kauterisator“, 1 mit „Incisor“ operiert) nicht mitgerechnet, in welchen ich die Bottinische Operation aus anderer Indikation als Prostatahypertrophie — meist chron. Prostatitis mit sexueller Neurasthenie — ausgeführt, obwohl diese 8 Fälle meine Mortalität wesentlich herabdrücken würden, da sich unter ihnen kein Todesfall befindet.

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1899, Nr. 23, pg. 378.

[2]) Deutsche Praxis 1898, Nr. 14—15.

Tabelle I.

1	2	3	3a	4	5	6	7
Operateur resp. Autor	Zahl der Fälle quoad „Mortalität“	Zahl der Todesfälle	Davon fraglich, ob infolge d. Operation	Zahl der Fälle quoad „Erfolg“ oder Mifserfolg“	Erfolge (Heilungen + Besserungen)	Mifserfolge	Quellenangabe
1. Bottini [1])	435	17		435	402	16	L'Iscuria prostatica. Florenz. L. Nicolai. 1900, p. 193.
2. A. Freudenberg[2])	61	6	2	61	47	8	
3. Bruce Clark[3])	4	—		4	4	—	Lancet 1892, p. 141; British med. Journal 1892, p. 1327.
4. Simon (Czerny)	8	2	2	8	5	1	Dieses Centralbl. 1898, p. 429.
5. Casper	13	2		13	11	—	Briefl. Mitt. an Stockmann l. c.
6. Lohnstein	12	1	1	12	11	—	Monatsber. v. Casper Lohnstein 1898, p. 633; briefl. Mitt. an Stockmann l. c.
7. Viertel	10	—		10	9	1	Allg. med. Centralz. 1898, p. 836; briefl. Mitt. an Stockmann l. c.
8. v. Frisch	10	1		10	6	3	Wien. klin. Wochenschr. 1898, No. 48.
9. Kümmell[4])	23	1	1	10	10	—	Berlin. Klinik, August 1895, H. 86; Münch. med. Wochenschr. 1900, p. 403; briefl. Mitt. an Verf und an Stockmann l. c.
10. Wossidlo	2	—		1	—	1	Deutsche Praxis 1898, No. 14/15; Centralbl. f. Chirurgie 1900, Beil. zu No. 28 (Kongrefsbericht).
11. Rovsing	6	—		6	3	3	Briefl. Mitt. an Stockmann l. c.
12. Scharff	6	2		6	2	2	do.
13. Kutner	3	—		3	3	—	do.
14. Morton	5	—		5	5	—	Med. Record 1898, p. 397.
15. Rochet[5])	2	—		2	—	2	Annales des mal. génito-urin. 1898, p. 70.

16. Weber (Torek)[6]	1	—		1	1	—	Med. News 1898, p. 481.
17. W. Meyer	24	4	2	24	18	2	Med. Record 1900, p. 793 ff.
18. Hanč	5	—		5	4	1	Wien. med. Presse 1898, Nr. 31/32.
19. Lennander[7])	4	—		4	2	2	Centralbl. f. Chirurgie 1897, Nr. 22.
20. Floderus[8])	3	—		3	3	—	Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1897, p. 110; Stockmann l. c.
21. Stockmann	7	1	1	7	5	1	Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 22/23.
22. Klinik Sozin	5	1	1	5	3	1	Jahresb. üb. d. chir. Abt. d. Spitals in Basel f. 1898, p. 146—149.
23. Stern	14	2		—	—	—	Deutsche med. Wochenschr. 1899, Vereinsbeil., p. 192; briefl. Mitt. an Verf.
24. Bransford Lewis	3	—		3	3	—	Philadelphia Med. Journal, Dez. 10. 1898; Americ. Journ. of Surgery and Gynecology 1899.
25. Downes	1	—		1	1	—	Philadelphia Med. Journal, Dez. 24. 1898.
26. Roth	2	—		2	2	—	Orvosi Hetilap. 1899, 17—19 sz; Pest. med.-chir. Presse 1899, Nr. 18—21.
27. Cavazzani	4	—		4	4	—	Publiziert durch Crespi; l. c. (Anmerk. 1.)
28. Van Stockum	3	—		3	2	1	Geneeskundige Bladen 1898, p. 87.
29. Hübener } Klinik	1	—		1	1	—	Deutsche med. Wochenschr. 1899, Vereinsbeil. p 178.
30. Henle } Mikulicz	1	—		1	1	—	Allgem. med. Centralzeit. 1899, p. 895.
31. Rydygier	2	1		2	1	—	Wien. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 40; 1899, Nr. 1.
32. F. Kreissl[9])	5	1	1	5	4	—	Chicago Med. Recorder, July 1898; Chicago Clinic, May 1899; Med. News 1899, p. 483.
33. Freeman	8	—		8	5	3	Denver Med. Times 1898, p. 257; Philadelphia Med. Journ. Dez. 23. 1899.
34. Caminiti und Salomoni[10])	3	—		3	3	—	Ingrossamenti prostatici. F. Vallardi, Milano, p. 16; Resoconto della Clinica chir.-propaed. di Camerino 1892/93, p. 35.
Latus	696	42	11	668	581	48	

Tabelle I. (Fortsetzung.)

1	2	3	3a	4	5	6	7
Operateur resp. Autor	Zahl der Fälle quoad „Mortalität“	Zahl der Todesfälle	Davon fraglich, ob infolge d. Operation	Zahl der Fälle quoad „Erfolg oder Mifserfolg“	Erfolge (Heilungen + Besserungen)	Mifserfolge	Quellenangabe
Transport	696	42	11	668	581	48	
35. Sanesi	3	—		3	3	—	Gazz. degli ospedali e delle clin. Nr. 15 (Ref. dieses Centralbl. 1899, p. 218).
36. R. u. F. Rörig[11])	4	—		—	—	—	Dieses Centralbl. 1899, p. 619.
37. Ramon Guitéras	20	2	1	17	15	—	Journal of the Americ. Med. Association July 1. 1899.
38. Ceccherelli	4	—		4	3	1	citiert nach Guitéras, l. c. Original mir nicht bekannt.
39. Nicolich	5	—		5	5	—	Associat. franç. d'Urologie, III sess. Compt. rend., p. 241.
40. Mariachess	4	—		4	3	1	Ibidem, p. 249.
41. A. König	1	—		1	1	—	La Clinica chirurgica (1897 oder 98?).
42. Bolton Bangs	2	—		2	—	2	Med. Record Dez. 30. 1899, p. 982.
43. S. Alexander	1	—		1	—	1	Ibidem.
44. Hugh H. Young	6	—		6	6	—	Transactions of Med. Society of Virginia 1899; briefl. Mitt. an Verf.
45. Jaffé	2	—		2	—	2	} Centralbl. f. Chirurgie 1900, Beil. zu Nr. 28 (Chirurgenkongrefs), p. 116.
46. Troje	4	—		4	4	—	
47. Frank u. Bierhoff	1	—		1	1	—	Demnächst in diesem Centralbl. publiziert.
Summa	753	44 (44—12=32)	12	718	622	55	

[3]) Bruce Clark hat freilich früher (1890) in der Diskussion auf dem X. internat. med. Kongrefs zu Berlin (s. Verhandlungen Abt. VII pg. 96) mitgeteilt, zwar in einem Falle einen vollen Erfolg gehabt zu haben, aber seitdem bei allerdings nur kleiner Erfahrung („small experience“) — Zahl der Fälle nicht angegeben — niemals Erfolg gehabt zu haben. Mangels Zahlenangaben mufste ich diese Notiz ganz beiseite lassen.

[4]) Kümmell hat nach der „Berliner Klinik“ 1895 (l. c.) eine „Anzahl von Prostatahypertrophien“ (nach briefl. Mitteilung an Verf. „12—14“, wofür ich oben 13 angenommen habe) mit dem Kauterisator operiert und war mit den Erfolgen „recht zufrieden“; darunter befindet sich ein vielleicht von dem Patienten selbst verschuldeter Todesfall an Nachblutung, den Stockmann (l. c.) nicht berücksichtigt hat. Später hat K. auch mit dem Incisor operiert und schreibt darüber an Stockmann (l. c.): „Wir sind mit den Resultaten sehr zufrieden. Erfolg in allen Fällen positiv.“ — K. hat dann am 13. März 1900 in einer Sitzung des Hamburger ärztl. Vereins (s. Münch. med. Wochenschrift l. c.) die Angabe gemacht, dafs er in den letzten 10 Fällen niemals einen Mifserfolg gesehen. Aus diesen Angaben setzen sich die obigen Zahlen zusammen, wobei ich für die Frage „Erfolg oder Mifserfolg“ nur die letzten 10 Fälle verwerten zu können geglaubt habe, da bei den ersten 13 nähere Angaben fehlen. Stockmann (l. c.) giebt einfach 12 Fälle mit 12 Heilungen an.

[5]) So — mit 2 Mifserfolgen — nach der citierten Stelle der „Annales“ aufgenommen! Im „Lyon médical“ 1898, pg. 26 findet sich aber in einem Bericht über einen Vortrag Rochets die Angabe, dafs von 2 Fällen R.s der eine erfolglos war, der andere aber ein „résultat favorable“ hatte.

[6]) Der Webersche Fall ist von Stockmann (l. c.) als „gebessert“ verzeichnet; aus der bald nach der Operation publizierten Krankengeschichte geht aber nicht hervor, ob nur gebessert oder geheilt. Deswegen nicht in Tabelle II aufgenommen.

[7]) Bei Wossidlo (l. c.) und W. Meyer (l. c.) findet sich für Lennander angegeben: 1 Heilung und 3 Mifserfolge. Mir scheint die Wertung: 1 Heilung, 1 Besserung, 2 Mifserfolge in Übereinstimmung mit Stockmann (l. c.) richtiger. Übrigens schreibt mir L. im April 1900: „Ich finde die Resultate der Operation sehr gut, seitdem ich lernte, 2 oder 3 Incisionen zu machen“.

[8]) Einer der Fälle von Floderus ist aber vielleicht identisch mit einem Falle von Lennander. Die obigen Zahlen betreffs Floderus entsprechen Stockmanns Angaben.

[9]) Kreissl giebt aber an, dafs diese Fälle nur Beispiele sind, und dafs er auch „in all the others“ „highly satisfactory results“ gehabt habe.

[10]) Eigentlich 4 Fälle, aber der eine noch zu frisch operiert.

[11]) R. und F. Rörig geben tabellarisch die Krankengeschichten von 4 Fällen, die aber nach ihrer Angabe nur „einige“ der von ihnen operierten Fälle darstellen; der an vierter Stelle von ihnen aufgeführte trägt die Nr. 14. Im übrigen geben sie an, „eine an Heilung grenzende Besserung fast bei

allen Operierten erzielt zu haben", „wie aus der Tabelle ersichtlich". Thatsächlich ist das aus der nur jene 4 Fälle gebenden Tabelle absolut nicht ersichtlich. Die Arbeit ist so wenig kritisch, die Krankengeschichten so wenig genau und beweisend, dafs ich mich nur ungern entschlossen habe, wenigstens jene 4 Fälle für die Frage der „Mortalität" aufzunehmen; für „Erfolg oder Mifserfolg" habe ich die Arbeit gar nicht berücksichtigen zu dürfen geglaubt. Übrigens operieren R. und F. Rörig bei aufrechter Stellung des Patienten, was wohl kein anderer Spezialarzt oder Chirurg für zweckmäfsig halten wird. Eine Motivierung dieser Technik geben sie nicht.

Tabelle II.

Operateur resp. Autor	„Erfolge", die quoad: „Heilung od. Besserung?" in Betracht kommen	Davon sind „Heilungen"	Davon sind „wesentliche Besserungen"	Quellenangabe.
1. Bottini	43	32	11	Verhandl. d. X. intern. med. Kongresses Berlin 1890. Abt. VII, p. 95.
2. Jemoli u. Marconi[1])	2	2	—	Litteratur s. Anmerk. 1 zu Tabelle I. (gilt für 2. und 3.)
3. Crespi[1])	5	5	—	
4. Cavazzani	3	2	1	publiziert von Crespi, l. c. Anm. 1 zu Tab. I.
5. A. Freudenberg	47	31	16	
6. Bruce Clark	4	3	1	Litteratur s. Tabelle I.
7. Simon (Czerny)	5	4	1	do.
8. Casper	11	4	7	do.
9. Lohnstein	11	6	5	do.
10. Viertel	9	9	—	do.
11. v. Frisch	6	4	2	do.
12. Kümmell[2])	10	10	—	do. u. Anm. 4 zu Tab. I.
13. Rovsing	3	—	3	Litteratur s. Tabelle I.
14. Scharff	2	—	2	do.
15. Kutner	3	1	2	do.
16. Morton[3])	5	1	4	do.
17. W. Meyer	18	9	9	do.
18. Hanč[4])	4	2	2	do.
19. Lennander	2	1	1	do.
20. Floderus	3	2	1	do. und Anm. 8 zu Tabelle I.
21. Stockmann	5	1	4	Litteratur s. Tabelle I.
22. Sozin'sche Klinik	3	1	2	do.
Latus	204	130	74	

Tabelle II. (Fortsetzung.)

Operateur resp. Autor	„Erfolge", die quoad: „Heilung od. Besserung?" in Betracht kommen	Davon sind „Heilungen"	„wesentliche Besserungen"	Quellenangabe.
Transport	204	130	74	
23. Bransford Lewis	3	2	1	Litteratur s. Tabelle I.
24. Downes	1	1	—	do.
25. Roth	2	1	1	do.
26. Van Stockum	2	2	—	do.
27. Rydygier	1	—	1	do.
28. Kreissl	4	3	1	do.
29. Freeman	8	5	3	do.
30. Ramon Guitéras	15	2	13	do.
31. Nicolich	5	3	2	do.
32. Mariachess	3	3	—	do
Summa	248	152	96	

Anmerkungen zu Tabelle II.

[1]) Fall 1 von Jemoli und Marconi ist identisch mit Fall 4 von Crespi; deswegen oben bei Crespi, der 6 Fälle publiziert, nur 5 aufgenommen.

[2]) Stockmann (l. c.) giebt laut brieflicher Mitteilung Kümmells für K. 12 Fälle mit 12 Heilungen an. Ich habe das oben auf 10 Fälle mit 10 Heilungen reduziert; vergl. Anmerkung 4 zu Tabelle I.

[3]) Stockmann (l. c.) verzeichnet alle 5 Fälle Mortons als „Besserungen". Meines Erachtens mufs aber mindestens Fall 1 (Resultat: Miktionshäufigkeit 6—7 mal, Residualurin 1 drachme = $3^1/_2$—4 ccm) als „Heilung" anerkannt werden. Vielleicht auch M.s Fall 5.

[4]) Stockmann (l. c.) verzeichnet von den 4 erfolgreichen Fällen Hančs 3 als Heilungen, 1 als Besserung; ich kann davon, wie oben aufgenommen, höchstens 2 als Heilungen und 2 als Besserungen passieren lassen.

Überblicken wir die Tabelle I, so haben wir also für die Frage der Mortalität verwertbar 753 Fälle mit 44 Todesfällen, das wäre eine Mortalität von 5,84 %. Ziehen wir von den 44 Todesfällen die mindestens 12 Fälle ab, bei denen es fraglich sein mufs, ob sie wirklich der Operation zur Last fallen, so bleiben 32 Todesfälle, das wäre eine Mortalität von 4,25 %.

Tabelle I. (Fortsetzung.)

1	2	3	3a	4	5	6	7
Operateur resp. Autor	Zahl der Fälle quoad „Mortalität"	Zahl der Todesfälle	Davon fraglich, ob infolge d. Operation	Zahl der Fälle quoad „Erfolg oder Mifserfolg"	Erfolge (Heilungen + Besserungen)	Mifserfolge	Quellenangabe
Transport	696	42	11	668	581	48	
35. Sanesi	3	—		3	3	—	Gazz. degli ospedali e delle clin. Nr. 15 (Ref. dieses Centralbl. 1899, p. 218).
36. R. u. F. Rörig[11])	4	—		—	—	—	Dieses Centralbl. 1899, p. 619.
37. Ramon Guitéras	20	2	1	17	15	—	Journal of the Americ. Med. Association July 1. 1899.
38. Ceccherelli	4	—		4	3	1	citiert nach Guitéras, l. c. Original mir nicht bekannt.
39. Nicolich	5	—		5	5	—	Associat. franç. d'Urologie, III sess. Compt. rend., p. 241.
40. Mariachess	4	—		4	3	1	Ibidem, p. 249.
41. A. König	1	—		1	1	—	La Clinica chirurgica (1897 oder 98?).
42. Bolton Bangs	2	—		2	—	2	Med. Record Dez. 30. 1899, p. 982.
43. S. Alexander	1	—		1	—	1	Ibidem.
44. Hugh H. Young	6	—		6	6	—	Transactions of Med. Society of Virginia 1899; briefl. Mitt. an Verf.
45. Jaffé	2	—		2	—	2	} Centralbl. f. Chirurgie 1900, Beil. zu Nr. 28 (Chirurgenkongrefs), p. 116.
46. Troje	4	—		4	4	—	
47. Frank u. Bierhoff	1	—		1	1	—	Demnächst in diesem Centralbl. publiziert.
Summa	753	44	12	718	632	55	
		44 — 12 = 32					

[3]) Bruce Clark hat freilich früher (1890) in der Diskussion auf dem X. internat. med. Kongrefs zu Berlin (s. Verhandlungen Abt. VII pg. 96) mitgeteilt, zwar in einem Falle einen vollen Erfolg gehabt zu haben, aber seitdem bei allerdings nur kleiner Erfahrung („small experience“) — Zahl der Fälle nicht angegeben — niemals Erfolg gehabt zu haben. Mangels Zahlenangaben mufste ich diese Notiz ganz beiseite lassen.

[4]) Kümmell hat nach der „Berliner Klinik“ 1895 (l. c.) eine „Anzahl von Prostatahypertrophien“ (nach briefl. Mitteilung an Verf. „12—14“, wofür ich oben 13 angenommen habe) mit dem Kauterisator operiert und war mit den Erfolgen „recht zufrieden“; darunter befindet sich ein vielleicht von dem Patienten selbst verschuldeter Todesfall an Nachblutung, den Stockmann (l. c.) nicht berücksichtigt hat. Später hat K. auch mit dem Incisor operiert und schreibt darüber an Stockmann (l. c.): „Wir sind mit den Resultaten sehr zufrieden. Erfolg in allen Fällen positiv.“ — K. hat dann am 13. März 1900 in einer Sitzung des Hamburger ärztl. Vereins (s. Münch. med. Wochenschrift l. c.) die Angabe gemacht, dafs er in den letzten 10 Fällen niemals einen Mifserfolg gesehen. Aus diesen Angaben setzen sich die obigen Zahlen zusammen, wobei ich für die Frage „Erfolg oder Mifserfolg“ nur die letzten 10 Fälle verwerten zu können geglaubt habe, da bei den ersten 13 nähere Angaben fehlen. Stockmann (l. c.) giebt einfach 12 Fälle mit 12 Heilungen an.

[5]) So — mit 2 Mifserfolgen — nach der citierten Stelle der „Annales“ aufgenommen! Im „Lyon médical“ 1898, pg. 26 findet sich aber in einem Bericht über einen Vortrag Rochets die Angabe, dafs von 2 Fällen R.s der eine erfolglos war, der andere aber ein „résultat favorable“ hatte.

[6]) Der Webersche Fall ist von Stockmann (l. c.) als „gebessert“ verzeichnet; aus der bald nach der Operation publizierten Krankengeschichte geht aber nicht hervor, ob nur gebessert oder geheilt. Deswegen nicht in Tabelle II aufgenommen.

[7]) Bei Wossidlo (l. c.) und W. Meyer (l. c.) findet sich für Lennander angegeben: 1 Heilung und 3 Mifserfolge. Mir scheint die Wertung: 1 Heilung, 1 Besserung, 2 Mifserfolge in Übereinstimmung mit Stockmann (l. c.) richtiger. Übrigens schreibt mir L. im April 1900: „Ich finde die Resultate der Operation sehr gut, seitdem ich lernte, 2 oder 3 Incisionen zu machen“.

[8]) Einer der Fälle von Floderus ist aber vielleicht identisch mit einem Falle von Lennander. Die obigen Zahlen betreffs Floderus entsprechen Stockmanns Angaben.

[9]) Kreissl giebt aber an, dafs diese Fälle nur Beispiele sind, und dafs er auch „in all the others“ „highly satisfactory results“ gehabt habe.

[10]) Eigentlich 4 Fälle, aber der eine noch zu frisch operiert.

[11]) R. und F. Rörig geben tabellarisch die Krankengeschichten von 4 Fällen, die aber nach ihrer Angabe nur „einige“ der von ihnen operierten Fälle darstellen; der an vierter Stelle von ihnen aufgeführte trägt die Nr. 14. Im übrigen geben sie an, „eine an Heilung grenzende Besserung fast bei

allen Operierten erzielt zu haben", „wie aus der Tabelle ersichtlich". Thatsächlich ist das aus der nur jene 4 Fälle gebenden Tabelle absolut nicht ersichtlich. Die Arbeit ist so wenig kritisch, die Krankengeschichten so wenig genau und beweisend, dafs ich mich nur ungern entschlossen habe, wenigstens jene 4 Fälle für die Frage der „Mortalität" aufzunehmen; für „Erfolg oder Mifserfolg" habe ich die Arbeit gar nicht berücksichtigen zu dürfen geglaubt. Übrigens operieren R. und F. Rörig bei aufrechter Stellung des Patienten, was wohl kein anderer Spezialarzt oder Chirurg für zweckmäfsig halten wird. Eine Motivierung dieser Technik geben sie nicht.

Tabelle II.

Operateur resp. Autor	„Erfolge", die quoad: „Heilung od. Besserung?" in Betracht kommen	Davon sind		Quellenangabe.
		„Heilungen"	„wesentliche Besserungen"	
1. Bottini	43	32	11	Verhandl. d. X. intern. med. Kongresses Berlin 1890. Abt. VII, p. 95.
2. Jemoli u. Marconi[1])	2	2	—	Litteratur s. Anmerk. 1 zu Tabelle I.
3. Crespi[1])	5	5	—	
4. Cavazzani	3	2	1	publiziert von Crespi, l. c. Anm. 1 zu Tab. I.
5. A. Freudenberg	47	31	16	
6. Bruce Clark	4	3	1	Litteratur s. Tabelle I.
7. Simon (Czerny)	5	4	1	do.
8. Casper	11	4	7	do.
9. Lohnstein	11	6	5	do.
10. Viertel	9	9	—	do.
11. v. Frisch	6	4	2	do.
12. Kümmell[2])	10	10	—	do. u. Anm. 4 zu Tab. I.
13. Rovsing	3	—	3	Litteratur s. Tabelle I.
14. Scharff	2	—	2	do.
15. Kutner	3	1	2	do.
16. Morton[3])	5	1	4	do.
17. W. Meyer	18	9	9	do.
18. Hanč[4])	4	2	2	do.
19. Lennander	2	1	1	do.
20. Floderus	3	2	1	do. und Anm. 8 zu Tabelle I.
21. Stockmann	5	1	4	Litteratur s. Tabelle I.
22. Sozin'sche Klinik	3	1	2	do.
Latus	204	130	74	

Tabelle II. (Fortsetzung.)

Operateur resp. Autor	„Erfolge", die quoad: „Heilung od. Besserung?" in Betracht kommen	Davon sind „Heilungen"	„wesentliche Besserungen"	Quellenangabe.
Transport	204	130	74	
23. Bransford Lewis	3	2	1	Litteratur s. Tabelle I.
24. Downes	1	1	—	do.
25. Roth	2	1	1	do.
26. Van Stockum	2	2	—	do.
27. Rydygier	1	—	1	do.
28. Kreissl	4	3	1	do.
29. Freeman	8	5	3	do.
30. Ramon Guitéras	15	2	13	do.
31. Nicolich	5	3	2	do.
32. Mariachess	3	3	—	do
Summa	248	152	96	

Anmerkungen zu Tabelle II.

[1]) Fall 1 von Jemoli und Marconi ist identisch mit Fall 4 von Crespi; deswegen oben bei Crespi, der 6 Fälle publiziert, nur 5 aufgenommen.

[2]) Stockmann (l. c.) giebt laut brieflicher Mitteilung Kümmells für K. 12 Fälle mit 12 Heilungen an. Ich habe das oben auf 10 Fälle mit 10 Heilungen reduziert; vergl. Anmerkung 4 zu Tabelle I.

[3]) Stockmann (l. c.) verzeichnet alle 5 Fälle Mortons als „Besserungen". Meines Erachtens mufs aber mindestens Fall 1 (Resultat: Miktionshäufigkeit 6—7 mal, Residualurin 1 drachme = $3^1/_2$—4 ccm) als „Heilung" anerkannt werden. Vielleicht auch M.s Fall 5.

[4]) Stockmann (l. c.) verzeichnet von den 4 erfolgreichen Fällen Hanĉs 3 als Heilungen, 1 als Besserung; ich kann davon, wie oben aufgenommen, höchstens 2 als Heilungen und 2 als Besserungen passieren lassen.

Überblicken wir die Tabelle I, so haben wir also für die Frage der Mortalität verwertbar 753 Fälle mit 44 Todesfällen, das wäre eine Mortalität von 5,84 %. Ziehen wir von den 44 Todesfällen die mindestens 12 Fälle ab, bei denen es fraglich sein mufs, ob sie wirklich der Operation zur Last fallen, so bleiben 32 Todesfälle, das wäre eine Mortalität von 4,25 %.

Zwischen 4,25 und 5,84 Prozent dürften wir also die wahre Mortalität der Bottinischen Operation zur Zeit berechnen müssen.

Für die Erfolgs-Statistik kommen in Betracht 718 Fälle mit 55 Mifserfolgen = 7,66 % und mit 622 Erfolgen oder „guten Resultaten“ (Heilungen + Besserungen) = 86,63 %.

Für die weitere Einteilung der Erfolge oder „guten Resultate“ in Heilungen oder Besserungen stehen uns nach Tabelle II nur wesentlich geringere Zahlen zur Verfügung, nämlich 248 erfolgreiche Fälle mit 152 Heilungen und 96 Besserungen, das heifst, es finden sich, prozentual berechnet, unter 100 Erfolgen 61,29 Heilungen und 38,71 Besserungen.

Ich lege auf Tabelle II und die sich aus ihr ergebenden Prozentzahlen bezüglich Heilung oder Besserung keinen besonderen Wert. Mit Stockmann (l. c.) stimme ich überein, dafs eine solche Unterscheidung zahlreichen Schwierigkeiten und Bedenken unterliegt, und ich meine, dafs einer solchen gesonderten Aufstellung eigentlich erst eine Verständigung darüber vorausgehen müfste, was man unter Heilung verstehen soll. Ich selbst verstehe darunter: dafs die betreffenden Patienten den Katheter zur Urinentleerung gar nicht mehr gebrauchen, dafs sie mit einer sie absolut nicht belästigenden Häufigkeit in freiem Strahle ohne jede Beschwerde urinieren, und dafs der Residualurin ganz verschwunden oder auf ein bedeutungsloses geringes Quantum — sagen wir, höchstens 40—50 ccm — herabgesunken ist.

Nicht verlange ich für den Begriff der Heilung, dafs auch der Urin vollständig klar geworden ist, ein Resultat, das man ja häufig genug durch die Bottinische Operation erzielt, das man aber nicht von ihr verlangen kann, — um so weniger verlangen kann, weil ja die Urintrübung beim Prostatiker häufig nicht nur mit einer Blasen-, sondern bereits einer Nierenbeckenentzündung zusammenhängt.

Ich lege also mit anderen Worten auf das vollständige uneingeschränkte Eintreten der mechanischen Wirkung den Hauptwert, entsprechend der Thatsache, dafs die Bottinische Operation ja eben diese mechanische Wirkung erzielen soll.

Ich würde es für wünschenswert halten, dafs die eben ge-

gebene Definition des Begriffs der „Heilung“ nach der Bottinischen Operation allgemein acceptiert würde. Jedenfalls habe ich meine eigene Statistik danach aufgestellt, und auch für die Tabelle II die Fälle der einzelnen Autoren, soweit diese ausführliche Krankengeschichten geben, rubriziert. Aber in der Tabelle II mufsten auch mehrfach Aufnahme finden eigene Angaben der Autoren bezüglich „Heilung oder Besserung“, die sich nicht an der Hand ausführlicher Krankengeschichten kontrollieren liefsen. Und ich weifs nicht, ob nicht einige davon in ihren Anforderungen in dieser Beziehung vielleicht weniger rigoros sind, andere vielleicht noch rigoroser und auch die vollständige Urinklärung in ihre Forderungen bezüglich „Heilung“ einschliefsen. Deswegen sind die Verhältniszahlen zwischen Heilung und Besserung nach Tabelle II immerhin mit einem gewissen Fragezeichen zu versehen.

Ich lege aber auch noch aus einem anderen Grunde keinen besonderen Wert auf die Tabelle II. Meiner durch zahlreiche Erfahrungen bestätigten Überzeugung nach ist die Frage, ob man im einzelnen Falle Heilung (im oben definierten Sinne) oder nur Besserung erzielt, zum gröfsten Teile gar keine Frage der Leistungsfähigkeit der Bottinischen Operation, sondern vielmehr meist eine Frage der Geschicklichkeit, Umsicht und Energie des betreffenden Operateurs, — freilich auch der Verständigkeit des betreffenden Patienten. Je mehr der betreffende Operateur die Technik der Bottinischen Operation beherrscht, je umsichtiger er im einzelnen Falle überlegt, in welcher Weise — Richtung, Zahl, Länge der Schnitte etc. — er dieselbe dirigiert, je energischer er im Falle eines nur erreichten halben Erfolges den Patienten für eine Wiederholung der Operation zu gewinnen weifs, um so mehr kann er darauf rechnen, volle und nicht nur halbe Erfolge zu erzielen.[1])

Aus allen diesen Gründen scheint mir der Wert der II. Tabelle für die Beurteilung der Bottinischen Operation kein übermäfsig grofser zu sein.

Um so mehr Beachtung aber, meine ich, verdienen die Re-

[1]) Vgl. meine Ausführungen darüber in „Deutsche Medizinalzeitung“ No. 1—6, 1900, insbesondere pg. 49—51.



sultate der Tabelle I. Runden wir die Zahlen der Übersichtlichkeit halber ab, so haben wir: $86^1/_2$% Erfolge, $7^1/_2$% Mifserfolge, 4—6% Mortalität. Ich glaube, das sind Resultate, wie sie kein anderes Verfahren zur Behandlung der Prostatahypertrophie aufzuweisen hat.

Selbstverständlich haften auch dieser Statistik die Bedenken an, die bei jeder solchen aus zahlreichen Einzelfällen und kleineren Einzelstatistiken zusammengesetzten Gesamtstatistik zutreffen und die sich im wesentlichen daraus ergeben, dafs, wie die menschliche Natur nun einmal ist, günstige Resultate vielfach lieber und schneller publiziert werden, als ungünstige. Andererseits darf man aber nicht aufser acht lassen, dafs die Bottinische Operation erst seit den letzten Jahren in gröfserem Umfange geübt wird, und dafs gerade bei ihr, wie bei wenig anderen Operationen, die Erfolge von der Technik und Geschicklichkeit des Operateurs abhängen und —, wie ich übereinstimmend mit Bottini, Kümmell, W. Meyer u. a. versichern kann — mit der zunehmenden Erfahrung immer besser werden. Soweit also nicht sich besonders kritisch-objektiv geberdender, aber thatsächlich sehr subjektiver und sehr unwissenschaftlicher Dünkel den einzelnen dazu veranlafst, die Schuld etwaiger Mifserfolge immer bei der Operationsmethode als solcher zu suchen, statt die eigene Technik — mitunter auch das eigene Instrumentarium! — einer Revision zu unterziehen, läfst sich mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dafs die Erfolge mit der Zeit noch immer bessere sein werden.

Sie werden weiterhin aber ganz besonders dann noch bessere werden, wenn es uns gelingt zu erreichen, dafs wir wenigstens das Gros der Patienten „rechtzeitig“, namentlich bevor sie sich durch andauernden Selbstkatheterismus schwere Infektionen von Blase und Niere zugezogen, zur Operation bekommen.[1]) —

Es ist zum Schlusse vielleicht nicht unangebracht, die Zahlen, die sich aus Tabelle I ergeben, nochmals zu betrachten, nachdem wir die grofse Bottinische Statistik abgezogen. Es rechtfertigt sich ein solches Verfahren aus der Gröfse dieser Einzelstatistik,

[1]) Vergl. meine Ausführungen darüber in „Deutsche Medizinalzeitung“ Nr. 1—6, 1900, insbesondere pg. 1 und 62.

welche eben durch ihre Gröſse die anderen Zahlen erdrückt; zweitens aber auch deswegen, weil vielleicht jemand den Verdacht hegen könnte, daſs der Vater der Operationsmethode in erklärlicher Voreingenommenheit für sein Kind dasselbe etwa mit zu günstigen Augen betrachtet habe.

Thun wir dies, lassen wir also die Nr. 1 der Tabelle I ganz fort, so behalten wir für die Frage der Mortalität: 318 Fälle mit 27 Todesfällen, wovon wieder bei 12 Fällen fraglich ist, ob sie wirklich der Operation zur Last zu legen sind; für die Erfolgsstatistik: 283 Fälle mit 39 Miſserfolgen und 220 Erfolgen. Das wäre in runden Zahlen $77\,^3/_4\,\%$ Erfolge, $13^3/_4\,\%$ Miſserfolge, $4^3/_4$—$8^1/_2\,\%$ Mortalität.

Wie man sieht, sind die Resultate dann ein klein wenig schlechter, als bei den die Bottinische Statistik miteinschlieſsenden Zahlen der Tabelle I. Aber auch dann sind sie unbedenklich als sehr gute zu bezeichnen.[1])

---

[1]) In dem Wunsche, die Statistik der Bottinischen Operation möglichst vollständig zu gestalten, wäre ich den Kollegen sehr dankbar, falls sie mich auf etwa übersehene Publikationen aufmerksam machen würden, eventuell unter freundlicher Übersendung eines Separatabdruckes.

Dr. A. Freudenberg, Berlin SW., Wilhelmstr. 20.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Untersuchung des Harns mittels kombinierter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode. Von H. J. Hamburger. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 297, siehe auch Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899, pg. 9.)

Durch die Bestimmung der Erniedrigung des Gefrierpunktes, welche eine wässrige Lösung gegen reines Wasser aufweifst, läfst sich die Gesamtmenge der in der Lösung befindlichen Massenteilchen (Molekule und Jonen) berechnen. Durch Bestimmung der elektrischen Leitungsfähigkeit derselben Lösung läfst sich die Menge der in dieser Flüssigkeit enthaltenen Elektrolyte, im Harne also hauptsächlich der anorganischen Salze bestimmen. Harnstoff, Zucker und ähnliche Körper beeinflussen die Leitfähigkeit nicht. Man kann also im Harne ein Verhältnis auffinden zwischen den anorganischen und organischen Substanzen. Dasselbe erreicht man einfacher als durch die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit, wenn man den Harn mit Wasser so lange verdünnt, resp. durch Zusatz von Kochsalzlösung konzentriert, bis ein Tropfen Blut in denselben eingetropft, eben beginnt Farbstoff an die Flüssigkeit abzugeben; und dann dasselbe Blut in gleicher Weise gegen Kochsalzlösungen verschiedener Konzentration prüft. Man erfährt so, mit welcher Kochsalzkonzentration der betreffende Harn isotonisch ist. Harnstoff etc. sind auch hier ohne Einflufs auf die Blutkörperchen. Praktische Verwertung haben die so gefundenen Verhältnisse bisher nicht gefunden.

Malfatti-Innsbruck.

Über eine neue zuverlässige Methode zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Harn. Von Adolf Jolles. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 29, S. 222.)

Ausgehend von der Beobachtung, dafs Harnsäure durch Kochen mit Schwefelsäure und Kaliumpermanganat unter bestimmten Bedingungen in Harnstoff, — nicht aber weiter, — umgewandelt wird, empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: 50—200 cm³ Harn werden mit 5—20 g Ammonacetat und sehr wenig Ammoniak versetzt, das ausgeschiedene Ammoniumurat nach 8stündigem Stehen abfiltriert, und mit gesättigter Ammoniumcarbonatlösung bis zum Verschwinden der Chlorreaktion ausgewaschen, den gewaschenen Niederschlag bringt man quantitativ in ein Becherglas, befreit ihn durch Kochen mit Magnesia vom Ammoniak, fügt dann 10 cm³ halbkoncentrierter

Schwefelsäure zu der etwa 3—400 cm³ betragenden Flüssigkeitsmenge, erhitzt, fügt langsam Permanganatlösung (0,8 %) hinzu, bis auch nach viertelstündigem Kochen die leichte Rotfärbung nicht mehr verschwindet. Die so erhaltene Harnstofflösung wird neutralisiert und im Azotometer ihr Stickstoffgehalt mit der bekannten Bromlauge ermittelt. Eine angefügte Tabelle erleichtert die Umrechnung der gefundenen Stickstoffvolumina auf Harnsäure.

Woerner läfst die Harnsäure durch Zusatz von 30 g Chlorammonium zu 150 cm³ auf 40—45° erwärmten Harnes ausfällen, filtriert nach 1—1½ Stunden ab, wäscht mit 10 % Ammonsulfatlösung chlorfrei, löst dann in 1—2 % Natronlauge, vertreibt auf dem Wasserbade alles Ammoniak und bestimmt im Rückstande nach Kjeldahl den Stickstoff.

Malfatti-Innsbruck.

Über eine neue Methode der Harnstoffbestimmung im Harn. Von E. Freund u. G. Toepfer.

In ähnlicher Weise wie R. Gottlieb u. v. Schroeder (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 42, S. 238) fast gleichzeitig für den Harnstoff der Gewebe angegeben, bestimmen Verf. den Harnstoff als Oxalsäureverbindung — $(CON_2H)_2\ C_2H_2O_4$). 5 cm³ Harn werden mit der gleichen Menge 95 % Alkohols vermischt auf dem Wasserbade abgedunstet, der Rückstand mit absolutem Alkohol ausgezogen, der Extrakt wieder fast völlig eingedampft und nun der erhaltene Rückstand mit 70 cm³ ätherischer gesättigter Oxalsäurelösung übergossen. In dem entstehenden Niederschlage aus Oxalsäure-Harnstoff wird nach dem sorgfältigen Auswaschen mit Äther entweder durch Titration (Phenolphtalein) die Oxalsäure, oder nach Kjeldahl der Stickstoff bestimmt. Eine direkte Methode der Harnstoffbestimmung ist sehr erwünscht. Denn die bisher üblichste Methode der indirekten Bestimmung nach Moerner-Sjoequist hat, wie Camerer und Soeldner, Zur Analyse des menschlichen Urins (Zeitschr. f. Biologie 38, S. 227) und Salaskin und Zaleski (Zeitschr. f. physiol. Chemie 28, S. 73) nachgewiesen, den Fehler, dafs in den Ätheralkohol aufser Harnstoff auch Hippursäure, wohl auch andere Körper z. B. Kreatinin übergehen und mit bestimmt werden. S. u. Z. geben l. c. eine Methode an, diesen Fehler zu vermeiden, bei welcher der vom Ätheralkohol erhaltene Rückstand noch in zugeschmolzenen Glasröhren erhitzt, und das so gebildete Ammoniak bestimmt wird. C. u. S. empfehlen das Hüfnersche Verfahren. Malfatti-Innsbruck.

Über den Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harne von Herzkranken. Von Fritz Ott. (Aus der medizinisch-propädeutischen Klinik München. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 27.)

Verfasser fand bei Anwendung der Gmelinschen Probe negative Resultate, dagegen mit der empfindlicheren Methode von Huppert-Salkowski in den meisten Fällen von Herzfehlerkranken mit gelbem Hautkolorit positive. Es wird also Bilirubin thatsächlich bei vielen Herzkranken im Harn nachgewiesen, und die gelbe Gesichtsfarbe ist durch in den Geweben abgelagertes Bilirubin bedingt. (Bisher war diese Frage strittig.) Sehr starker Eiweifsgehalt, ferner Blutbeimengungen und Gehalt an bestimmten Medika-

menten, wie z. B. nach Saloleinnahme, lassen die Reaktion nicht mehr zu stande kommen. Vorheriges Ausfällen des Eiweifs durch Kochen nach Essigsäurezusatz ist, da offenbar die vorhandenen Spuren Gallenfarbstoff dabei mit niedergerissen werden, hingegen machtlos. — Ott hat auch gefunden, dafs man mit der Salkowskischen Methode im Heilungsstadium des katarrhalischen Ikterus viel länger Bilirubin im Harne nachweisen kann, als mit der Jafféschen Methode Hydrobilirubin.

von Notthafft-München.

Zum Nachweise des Phenetidins im Harne. Von G. Edlefsen. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 2.)

Bei Phenacetingebrauch tritt im Harne Paramidophenol und Phenetidin auf. Die Probe auf Phenetidin, wie sie u. a. Huppert in seiner Anleitung zur Harnanalyse 1898 angiebt, gelingt nach Verf. nur bei sehr grofsen Phenacetingaben. Bei kleineren Gaben tritt das Phenetidin als Ätherschwefelsäure in den Harn über. Verf. empfiehlt daher den Harn mit etwa $^1/_4$ Volum konzentrierter Salzsäure 2—3 Minuten lang zu kochen, dann erst die Probe auf Phenetidin anzustellen, d. h. 2—3 Tropfen $1^0/_0$ Natriumnitrit zur abgekühlten Lösung zuzusetzen und dann die eine Hälfte der Lösung mit 1—2 Tropfen alkoholischer α-Naptollösung zu versehen und mit Natronlauge alkalisch zu machen — Rotfärbung; die zweite Hälfte wird mit 1—2 cm^3 Karbolwassers versetzt und auch alkalisch gemacht — Gelbfärbung, die beim Ansäuern mit HCl blafsrot wird. Malfatti-Innsbruck.

Über eine schnelle und exakte Methode zum Nachweis von Quecksilber im Harn. Von Dr. Adolf Jolles. (Zeitschr. f. analyt. Chemie Bd. 39, pag. 230.)

Der Harn (100—150 cm^3) wird mit 5—10 cm^3 konzentrierter Salssäure versetzt und unter portionsweiser Zugabe von 2 gr chlorsaurem Kali erhitzt, bis kein Chlorgeruch mehr vorhanden ist und das Quecksilber auf ein galvanisch vergoldetes Platinblech niedergeschlagen, dieses dann mit heifser verdünnter Salpetersäure behandelt und in der Lösung das Quecksilber mit Zinnchlorür oder Schwefelwasserstoff aufgesucht. Die braungelbe Färbung, welche so verdünnte Quecksilberlösungen mit Schwefelwasserstoff geben, läfst sich auch zu einer kolorimetrischen quantitativen Bestimmung verwenden. Näheres darüber ist im Original nachzusehen.

Malfatti-Innsbruck.

Über die Bestimmung der Oxalsäure und das Vorkommen von Oxalursäure im Harn. Von E. Salkowski. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 29, pag. 437.)

Verf. empfiehlt statt des ungenauen Neubauerschen Verfahrens zur Oxalsäurebestimmung die Löslichkeit dieser Säure in Äther zu benützen. 500 cm^2 nicht filtrierten Harns werden auf etwa $^1/_3$ eingedampft, mit 20 cm^3 conc. Salzsäure versetzt und nun 3mal mit je 200 cm^3 eines $10^0/_0$ Alkohol enthaltenden Äthers ausgeschüttelt. Der Äther wird abdestilliert, der zurückbleibende Alkohol unter Zusatz von 10—15 cm^3 Wasser abgedunstet, nach dem Erkalten durch ein kleines Filterchen von den aus-

geschiedenen Harzmassen abfiltriert, mit Ammoniak schwach alkalisiert, mit 1—2 cm³ 10% Chlorcalciumlösung versetzt und mit Essigsäure schwach angesäuert. Der sich ausscheidende oxalsaure Kalk wird nach 24stündigem Stehen gesammelt, geglüht und als Ätzkalk gewogen.

Wenn nun der Harn vor dem Ausschütteln mit Alkoholäther noch mit starker Salzsäure eingedampft wird, so erhält man mehr Oxalsäure als nach dem eben beschriebenen Verfahren. Es könnte das auf Zersetzung im Harne präformierter Oxalursäure bezogen werden. Durch eine Reihe kritischer Untersuchungen macht es Verf. aber wahrscheinlich, dafs die Oxalsäure durch das langdauernde Eindampfen mit gröfseren Harnmengen in einen Zustand übergeht, in welchem sie in Äther nicht mehr löslich ist, vielleicht durch Bindung mit Harnstoff zu Oxalursäure. Durch Kochen mit Salzsäure wird diese gebundene Oxalsäure wieder regeneriert. Darum empfiehlt S. auf etwa doch vorhandene präformierte Oxalursäure nicht Rücksicht zu nehmen, und bei der Oxalsäurebestimmung stets das Abdampfen des Harnes in salzsaurer Lösung vorzunehmen und vor dem Ausschütteln mit Äther, die Flüssigkeit mit den 20 cm³ Salzsäure stark einzudampfen und wieder mit Wasser auf 150—200 cm³ aufzufüllen. Malfatti-Innsbruck.

Über Indicanurie infolge von Oxalsäurewirkung. Von Erich Harnack (mit Fr. Else v. d. Leyen). (Zeitschr. f. physiol. Chemie 29, S, 205.)

Fleischnahrung, Hunger, Säurevergiftungen etc. sind imstande, Indicanurie hervorzurufen, vielleicht durch Steigerung der Darmfäulnis. Im Anschlufs an eine Vergiftung mit Oxalsäure sah Verf. nach 3 Wochen post factum im Harne der Rekonvalescentin neben reichlichster Oxalsäureausscheidung sehr starke Indicanreaktion. Durch Versuche am Hunde stellte es sich heraus, dafs schon ganz geringe Mengen (in manchen Fällen einige Centigramme) oxalsauren Natrons unter die Haut injiziert, deutliche, selbst starke Indicanurie hervorrufen können. In solchen Fällen kann wohl von einer Veränderung der Darmfunktionen nicht die Rede sein und man mufs an eine vorläufig noch rätselhafte Beeinflussung des Eiweifsumsatzes durch die Oxalsäure denken. „Es wird von besonderem Interesse sein, künftig festzustellen, ob auch die pathologische Oxalurie stets von Indicanurie begleitet ist.“ Nach einer jüngst gemachten Beobachtung des Ref. ist dies nicht stets der Fall. Malfatti-Innsbruck.

Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Hyperleukocythose und Alloxurkörperausscheidung. Von Carlyle Pope. (Centralbl. f. inn. Med. 1899, pag. 657.)

Weder bei Typhus noch Pneumonieen konnte Verf. eine Abhängigkeit der Purinkörperausscheidung (nach Salkowski-Huppert bestimmt) von der Leukocythose feststellen. Bei Pneumonieen beginnt diese Ausscheidung, gleichzeitig mit Vermehrung der des Gesamtstickstoffs erst zur Zeit der Resorption der Exsudate. Ja, es liefs sich selbst ein Schwanken der Leukocythen und der Purinkörperzahlen im entgegengesetzten Sinne beobachten.

(Verf. selbst schied bei normaler Lebensweise circa 0,08 gr Xanthin-

basen und 0,6 gr Harnsäure aus. Die Normalwerte für Xanthinbasen können also ziemlich hoch werden.) Malfatti-Innsbruck.

Über das Verhalten des salzsauren Chitosamins im Tierkörper. Von Dr. Th. Offer und Dr. Siegm. Fraenkel. (Centralbl. f. Physiol. Bd. XIII, pag. 489.)

Chitosamin, das stickstoffhaltige Kohlehydrat, das aus dem Chitin erhältlich ist, wird nach Einführung in den Organismus, sei es per os oder subkutan, durch den Harn als solches wieder ausgeschieden, und zwar 20 bis 26 % der eingeführten Menge. Malfatti-Innsbruck.

Passage de l'alcool ingéré dans quelques glandes et sécrétions génitales. Von Nicloux. (Société de Biologie, 23 Juin 1900. La Presse Médicale, 30 Juin 1900.)

N. zeigt, dafs Alkohol, in 10 % Lösung eingeführt, in die Testikel, Prostata, Ovarien, Samenblasenflüssigkeit und Sperma eindringt. Alle diese Teile enthalten fast ebensoviel Alkohol als das Blut. Diese Beobachtung ist eine Stütze für die von demselben Autor gefundene Thatsache des Übergangs des Alkohols von der Mutter auf den Fötus, eine Erscheinung, die er kongenitalen Alkoholismus nennt. F. Fuchs-Breslau.

Über das Chinosol, sein Verhalten im Tierkörper und über die Bildung gepaarter Glycuronsäuren. Von Carl Brahm Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 28, pag. 439.)

Über das Schicksal des o-Oxychinolins und über die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäure im Harne des Hundes; nebst einem Anhang über die Zusammensetzung des Chinosols. Von E. Rost. (Arbt. d. kais. Geh. A. 15, pag. 288.)

Das Chinosol, das nach Angabe der Fabrikanten oxychinolinsulfosaures Kali sein soll, aber nach den Untersuchungen des Verf. nur ein Gemenge von schwefelsaurem Kali und Oxychinolinsulfat ist, giebt bei innerem Gebrauch Veranlassung zur Ausscheidung einer Glycuronsäureverbindung, die aus dem Harne (von Tieren) spontan in grünlich weifsen Krystallen ausfallen kann. Die Entstehung der gepaarten Glycuronsäuren glaubt Verf. mit Fischer und Piloty in der Weise erklären zu müssen, dafs durch die zugeführte Substanz zuerst die Aldehydgruppe des Zuckers gebunden und vor Oxydation geschützt, dann erst eine Alkoholgruppe zu Carboxyl oxydiert wird. Als er aber α-Methylglycosid — in welchem die Aldehydgruppe schon gebunden ist, einem Kaninchen eingab, konnte er die zu erwartende Methylalkohol-Glycuronsäure nicht finden, sondern ein Teil des Glycosids wurde als solches ausgeschieden. Dieses Verhalten würde eher für die gewöhnliche Annahme sprechen, nach welcher die Glycuronsäure das normale Oxydationsprodukt des Zuckers im Organismus wäre und durch die Paarung mit geeigneten Substanzen vor weiterer Verbrennung geschützt würde. Zum Teil wird das Oxychinolin auch mit Schwefelsäure gepaart ausgeschieden (Versuche am Hunde), wie die Arbeit von E. Rost darthut.

Malfatti-Innsbruck.

Über das Verhalten des Benzoyl- und des Calciumsuperoxyds im Verdauungskanal des Menschen und des Hundes. Von M. Nencki und J. Zaleski. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 27, pag. 487.)

Von der Betrachtung der Vorgänge im Dünndarm ausgehend, schliefsen Verff., dafs die Bakterien dortselbst fakultative oder obligate Anäroben seien, und versuchten die Darmfäulnis durch Mittel herabzusetzen, welche unter Einwirkung des Darm-, speziell des Pankreassaftes, freien Sauerstoff entwickeln. Auf aromatische Superoxyde wirkt das Pankreasenzym, besonders bei Gegenwart von Galle in der genannten Weise ein, doch waren die Erfolge d. h. die Herabminderung der Darmfäulnis nicht befriedigend. Etwas besser wirkt das Calciumsuperoxyd, aber immerhin noch so wenig, dafs die günstigen Wirkungen des unterdessen als „Gorit" in den Handel gebrachten Präparates wohl nicht auf die Hemmung der Darmfäulnis zurückzuführen sein dürften. Malfatti-Innsbruck.

Über Cholesterinurie. Von W. Hirschlaff. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 62, Heft 5/6.)

Ein Fall von reichlichem Vorkommen (5,8 %) von Cholesterin in dem braunen trüben Urin eines 70jähr. Mannes, der mit einer grofsen der rechten Niere angehörigen cystischen Geschwulst behaftet war. Der Harn zeigte nur einige Tage lang die beschriebene Beschaffenheit und enthielt dabei reichlich Blutkörperchen, Nieren und Nierenbecken-Epithelien, detritus und glitzernde Cholesterinkrystalle; vor und nach diesem Anfalle war er klar und in Spuren eiweifshaltig. Die Punktion des Tumors lieferte circa 1 Liter einer dem cholesterinhaltigen Harn ähnlichen Flüssigkeit. Tod nach 10 Tagen an Erschöpfung, keine Sektion. Der Cholesteringehalt dieses Harnes steht einzig in der Litteratur da. Verf. schliefst auf eine grofse Nierenbeckeneiterung infolge Verlegung des Ureters durch Nierensteine. Da aber auch für eine solche der Cholesteringehalt zu hoch erscheint, aufserdem das Vorkommen wohlerhaltener Nierenbeckenepithelien damit nicht wohl vereinbar ist, dürfte der Gedanke an den plötzlichen Durchbruch einer cholesterinhaltigen Cyste (Teratom) in die Harnwege nicht von der Hand zu weisen sein.

Malfatti-Innsbruck.

Untersuchungen über Kohlehydrate. Von G. Rosenfeld. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 177.)

Verf. hat Dextrose, Mannose und Galaktose und die zu ihnen gehörigen Alkohole, Dulcit, Mannit, Sorbit Hunden in mäfsigen Mengen eingegeben und gefunden, dafs von Dextrose 0—6 %, von der Mannose 21—25 %, von der Galaktose 13—70 % im Harne wieder erscheinen. Hingegen werden Galaktose und Mannose reichlicher in Form von Glykogen aufgestapelt, vielleicht weil sie diese Vorstufe vor ihrer Oxydation durchlaufen müssen. Die genannten Alkohole (besonders der Dulcit 60 %), erscheinen ebenfalls teilweise im Harne wieder, zur Glykogenbildung tragen sie nichts oder nicht viel bei.

Bei der Übertragung dieser und ähnlicher Versuche auf den Diabetes

des Menschen mufs man nach Verf. zwei Diabetesformen unterscheiden. Bei der einen ist der Organismus imstande, eine bestimmte Menge Kohlehydrate zu zersetzen, alles was über diese Grenzen hinaus eingeführt wird, wird quantitativ ausgeschieden. Bei der 2. Form wird von dem über die genannte Grenze hinausgehenden nur mehr ein Teil verarbeitet, das übrige ausgeschieden. Nur Diabetiker der ersten Form, die ziemlich selten ist, sind zu solchen Stoffwechselversuchen brauchbar. Von Mannit z. B. berichtet Külz, dafs 30—90 gr die Zuckerausfuhr nicht steigerten, bei Diabetikern vom erstgenannten Typus aber verhält sich Mannit wie Dextrose; liegt die verabreichte Menge Mannits über der bezeichneten absoluten Toleranzgröfse, so wird sie ausgeschieden wie Dextrose, und zwar wird er als Dextrose ausgeschieden, während er beim gesunden Menschen als Mannit im Harn erscheint.

Malfatti-Innsbruck.

Über den Einfluss der Zufuhr von Kohlehydraten auf den Eiweifszerfall im Organismus magendarmkranker Säuglinge. Von A. Keller. (Centralbl. f. inn. Med. 1899, pag. 41.)

Überernährung mit Eiweifs ist bei kranken Säuglingen zum Zwecke der Stickstoffaufspeicherung unthunlich. Ersatz des Eiweifses durch die entsprechende Anzahl von Kalorien an Fett führt infolge mangelnder Oxydationskraft des Organismus zu übermäfsiger Säurebildung und Ammoniakabspaltung. Kohlehydrate aber erhöhen den Eiweifsansatz bedeutend, ohne die übele Nebenwirkung der Fette zu besitzen. Verf. verwandte zu seinen 5 Stoffwechselversuchen Maltose, und empfiehlt im übrigen Malzsuppe.

Malfatti-Innsbruck.

I. Sexualfunktion und Stoffwechsel. Von A. Loewy u. P. F. Richter. (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899, Supplementbd. S. 174.)

II. Über den Einflufs des Oosphorins auf den Eiweifsstoffwechsel. Von A. Loewy. (Berl. klin. Wochenschr. 1899, S. 1100.)

Die bekannten Erfahrungen der Tierzüchter und Beobachtungen am Menschen (Adipositas nach dem Klimacterium u. a.) deuten auf eine besondere Einflufsnahme der Geschlechtsdrüsen auf den Stoffumsatz. Verf. haben versucht, diesen Einflufs durch Bestimmungen des Gasstoffwechsels an einem Hunde und einer Hündin nach der Kastration festzustellen. Einige Zeit, beim Hunde 11 Tage, bei der Hündin (vielleicht infolge des vikariierenden Einflusses von Seite des Uterus) erst 7, mit konstanter Deutlichkeit erst 10 Wochen nach der Kastration trat eine dauernde Verminderung des Sauerstoffverbrauches um 13 (beim Hunde) resp. 20 % (bei der Hündin) auf. Dabei stieg das Körpergewicht stetig an. Diese typische Herabsetzung der Oxydationsenergie des Protoplasmas liefs sich durch Verabreichung von Oosphorin beheben, so dafs selbst ein höherer als der ursprüngliche Gasumsatz erzielt würde. Die Wirkung dieses Organpräparates hält auch noch einige Zeit nach seiner Darreichung an. Die Darreichung von Organpräparaten aus den männlichen Geschlechtsdrüsen hatten beim kastrierten Hunde nur sehr wenig, bei der Hündin gar keinen Einflufs auf den Gesamtstoffumsatz; bei normalen — nicht kastrierten Tieren — hatte auch das

Oosphorin keinerlei Wirkung auf denselben. Die Steigerung des Stoffwechsels betrifft aber, wie wir aus der zweitgenannten Arbeit ersehen, nur die stickstofffreie Körpersubstanz, indem Harnstickstoff durch die Oosphorintabletten keine Steigerung erfuhr. Malfatti-Innsbruck.

Considerazioni intorno all'albuminuria temporanea e continua nella constituzione limfatico-scrofulosa. Von Graziani. (Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899, Nr. 139.)

Die vorübergehende Albuminurie bei jugendlichen, lymphatisch-skrophulösen Individuen erklärt G. folgendermafsen: durch Stoffwechselstörungen entstehen toxische Substanzen; diese gelangen vom Darmkanal aus in Blut und Nieren, schädigen die Epithelien der letzteren und machen sie für Eiweifs durchlässig. Mit der Besserung des Allgemeinbefindens schwindet meist auch die Albuminurie; ist dies jedoch nicht der Fall, dann hat man es häufig mit Tuberkulose zu thun; es entwickelt sich allmählich eine tuberkulöse Nephritis. Dreysel-Leipzig.

Über den Einflufs des Theins auf die Ausscheidung von Alkalien im Harn. I. Von K. Katsujama. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 28, pag, 587.)

Thein brachte beim hungernden Kaninchen neben der starken Diurese eine starke Steigerung der Ausfuhr der Alkalien, ganz besonders des Natriums hervor. Eingabe von Wasser allein hatte diesen Erfolg nicht.

Malfatti-Innsbruck.

Zur Kenntnis der Schwefelausscheidung bei Säuglingen Von Dr. Walther Freund. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 29, pag. 24.)

Wie beim Erwachsenen ist auch bei Säuglingen das Verhältnis der Schwefelsäuren zu dem sogenannten neutralen Schwefel hauptsächlich durch die Änderungen der Schwefelsäureausscheidung (Ernährung) bedingt. Die Mengen des neutralen Schwefels sind individuell sehr verschieden, es wurden gerade bei gesunden Brustkindern auch hohe Werte desselben gefunden, während bei kranken Kindern geringe Mengen — bei gleicher Gesamtschwefelausscheidung — gefunden wurden; vielleicht von verminderter Gallenbildung herrührend. Die Menge der Ätherschwefelsäuren ist bei Säuglingen sehr gering und steigt mit zunehmendem Alter und Kostwechsel, aber auch bei Darmkrankheiten. Malfatti-Innsbruck.

Über die Schwefelausscheidung nach Leberexstirpation. Von S. Lang. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 29, pag. 305.)

Die Exstirpation der Leber bei Gänsen hatte auffallenderweise keinen Einflufs auf die Ausscheidung des Schwefels in seinen verschiedenen Formen.

Malfatti-Innsbruck.

De l'utilisation de l'éther pour la recherche des albumoses dans les urines. Von Annequin. (Soc. nat. de méd. de Lyon 1899, Dezbr.)

Das Verfahren A.s zum Nachweise der Albumosen besteht in folgendem: Der von seinem Eiweifsgehalte befreite frische Urin wird mit $^1/_3$ Äter

vermischt und geschüttelt. Bei Anwesenheit von Albumosen entsteht dann bald am Rande des Glases eine fettige Emulsion; die Oberfläche der Flüssigkeit überzieht sich nach längerem Stehen mit einem dünnen, kollodiumähnlichen Häutchen. Die Reaktion gelingt nur bei sauerem Urin; bei Vorhandensein von Eiweifs tritt sie in geringerer Intensität auf.

Dreysel-Leipzig.

Über das Vorkommen von Pentosen im Harn. Von E. Salkowski. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 27, pag. 507.)

Über die Reaktionen auf Pentosen. Von F. Blumenthal. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 37, Heft 5/6.)

Salkowski bespricht hier ausführlicher seine bisherigen Befunde am pentosehaltigem Harne. Die Glycuronsäure und ihre Paarlinge, also auch Harne nach Gebrauch von Chloral, Menthol etc. gaben die Tollenssche Phloroglucinreaktion. Etwas besser ist die Salkowskische Ausführungsart dieser Probe. (Man löst eine kleine Messerspitze voll Phloroglucin in 7—8 cm^3 Salzsäure (23—24 %), teilt die Lösung in zwei Hälften, und setzt zu der einen der (abgekühlten) Hälften 10—11 Tropfen des zu Untersuchenden — zur Anderen normalen Harns. Man erwärmt durch Einhalten in heifses Wasser und beobachtet im Spektroskop den Streifen zwischen D und E.) Besser ist es, die Orcinreaktion anzuwenden, welche für Glycuronsäureverbindungen viel weniger empfindlich ist. Der Harn wird mit dem gleichen Volum rauchender Salzsäure und etwas Orcin (statt Phloroglucin) erhitzt. Die Lösung färbt sich grün, schüttelt man so lange sie noch warm ist mit Amylalkohol, so nimmt der die grüne Farbe auf und zeigt im Spektroskop einen Streifen zwischen C und D. Statt mit Amylalkohol auszuschütteln, kann man auch zu dem trübe gewordenen Gemische Eisessig giefsen, man erhält auch so eine klare grüne Lösung. Man kann auch das beim Kochen des pentosehaltigen Harns mit Salzsäure entstehende Furforol mit Anilinacetatpapier (Rotfärbung) nachweisen, oder es überdestillieren und sogar quantitativ bestimmen. Eingehend wird auch das Phenylpentosazon und seine Darstellung besprochen. Für die Bildung der Glycose ist Verf. nicht geneigt, die Zersetzung von Nucleinen des Organismus verantwortlich zu machen, vielleicht erfolgt sie aus Dextrose, indem das erste Oxydationsprodukt derselben, die Gluconsäure, durch vorsichtige Oxydation in Pentosen (d.-Arabinose) übergeht.

Auch Blumenthal empfiehlt die Orcinreaktion, weil die Phloroglucinreaktion im Harne Täuschungen veranlassen kann. Nucleine gaben diese letztere sehr stark, nach wiederholtem Auslösen derselben in Ammoniak und Ausfällen mit Essigsäure wird die Reaktion an den so gereinigten Nucleinen immer schwächer, die Filtrate aber gaben die Trommersche Reaktion.

Malfatti-Innsbruck.

Albuminurie orthostatique. (La Presse Méd. Nr. 50, 23. Juni 1900.)

Anknüpfend an die Arbeit Teissiers-Lyon spricht sich Bourcy dahin aus, dafs keinerlei Nahrungsänderung, nur horizontale Lage die Albuminurie verschwinden läfst; Entstehung dunkel mutmafslich handelt es sich

um vasomotorische Innervationsstörungen in den Nieren; zwei neue Veröffentlichungen betreffen schwächliche Individuen mit Neigung zu lokaler Asphyxie der Extremitäten. Merklen hält die besprochene Albuminurie für häufig; Besserungen treten ein und verschwinden bei zunehmendem Alter. Milchdiät ist schädlich, kräftigende Diät, besonders Aufenthalt auf dem Meer zu empfehlen. Rendu fügt hinzu, dafs bei diesen schwächlichen Menschen Infektionskrankheiten leicht verhängnisvoll werden; in einem Falle trat im Verlaufe einer Influenza letal endende Urämie ein.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Albuminurie orthostatique. Von Achard u. Loeper. (Société Médicale des hôpitaux, 22 Juin 1900. La Presse Médicale, 30 Juin 1900.)

A. und L. haben ein Mädchen von 12 Jahren beobachtet, dessen Urin geringe Mengen Albumen — unter 0,50 gr im Liter — enthält, das bei horizontaler Lage verschwindet und bei aufrechter Stellung wiedererscheint. Eine längerdauernde Rückenlage bringt sogar für einige Zeit die durch das Stehen hervorgerufene Albuminurie zum Verschwinden. Sitzende Stellung mit herabhängenden Beinen ruft keine Eiweifsausscheidung hervor.

Die Autoren sind der Ansicht, dafs auch dieser minimen Albuminurie eine Nierenläsion zu Grunde liegt, dafs jedoch die Eiweifsausscheidung nicht in der ganzen Ausdehnung des Nierenparenchyms stattfindet, sondern nur an begrenzten Stellen. Die Prognose ist daher stets mit Vorsicht zu stellen.

F. Fuchs-Breslau.

Das Vorkommen des Bence-Jonesschen Körpers im Harn bei Tumoren des Knochenmarks und seine diagnostische Bedeutung. Von A. Ellinger. (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 62, Heft 3/4.)

In einem Krankheitsfalle, der das Bild der progressiven Anämie mit hämorrhagischer Diatese und Ödemen zeigte, und bei der Sektion multiple lymphomatöse Geschwülste und ebensolche Infiltrationen des Knochenmarkes in Rippen, Brustbein und Wirbelkörpern aufwies, wurde der Bence-Jonessche Körper gefunden, wenn auch nur in geringer Menge ($^1/_4$—$^1/_2$ $^0/_{00}$). Auch im Blute und in der Ascitesflüssigkeit der Leiche konnte dieser heute nach dem Vorgange von Huppert (siehe dieses Centralbl. Bd. 8 pg. 280) allgemein als Heteroalbumose angesprochene Körper nachgewiesen werden. Aus der Zusammenstellung der Litteratur entnimmt Verf. noch, dafs das Vorkommen dieses Eiweifskörpers ein sicheres Zeichen für das Vorhandensein von Knochenmarksgeschwülsten sei.

Malfatti-Innsbruck.

Über die diagnostische Bedeutung der Ausscheidung des Bence-Jonesschen Körpers durch den Harn. Von Askanazy. (D. Arch. f. klin. Med. 1900, Bd. 68, S. 34.)

Bei dem an Leukaemia lymphatica leidenden 51jährigen Pat. fand man in den letzten 5 Wochen $^1/_2$—1$^1/_4$ $^0/_{00}$ Albumose im Urin. Myelome wurden nicht gefunden, wohl aber ergab die Obduktion, die für eine lymphatische

Leukämie charakteristischen Veränderungen im Knochenmark. Es handelt sich bei Bence-Jonesscher Albumosurie stets um eine Knochenmarksaffektion und zwar meist um multiple Myelome, ausnahmsweise auch, wie in diesem Falle, um eine lymphoide Veränderung des Knochenmarks.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Beitrag zur Lehre vom Hämatoporphyrin im Harne. Von Prof. S. Nebelthau. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 27, pag. 324.)

Im Harn einer Patientin mit hereditärer Syphilis fand sich — so lange Patientin sich erinnern konnte — ein roter Farbstoff, Hämatoporphyrin, Dieser Farbstoff läfst sich, bequemer als durch die bisherigen Methoden, durch Zusatz von Essigsäure zum Harne und zwar quantitativ ausfällen, 24—40 Stunden nach Zusatz von 5 cm^3 Eisessig zu je 100 cm^3 Harn findet sich alles Hämatoporphyrin im Niederschlage, kann gesammelt, mit Alkali gelöst (in Säuren unlöslich) und kolorimetrisch bestimmt werden; die Resultate sind genau. Aufser in dem erwähnten Falle, in welchem für die Hämatoporphyrinurie kein eigentlicher Grund nachweisbar war, fand Verf. diesen Farbstoff auch in je einem Falle von Sulfonalvergiftung, Typhus und schwerer Anämie.

Malfatti-Innsbruck.

A propos de la toxicité urinaire. Von Hallion u. Carrion. (La Presse Médicale, 30 Juin 1900.)

Man hat bei der intravenösen Urininjektion zwei Arten von Einwirkung auf den Tierkörper zu unterscheiden:

1. Die Verschiedenheit der osmotischen Spannung zwischen Blut und Urin, die sogenannte Osmotoxicität und 2. die chemische Wirkung des Urins, die eigentliche Toxicität.

Injiziert man Urin, den man durch Verdünnung isoton gemacht, d. h. soweit verdünnt hat, bis seine osmotische Spannung der des Blutplasmas gleichgekommen ist, so ist die alsdann eintretende Giftwirkung die eigentliche Toxicität.

Die Verfasser machen jedoch darauf aufmerksam, dafs bei der Bestimmung der Toxicität zwei Umstände genaueste Beachtung verdienen. Zunächst ist eine vollkommene Isotonie zwischen Blut und Urin nicht möglich, weil die roten Blutkörperchen für den Harnstoff durchlässig sind und keine Osmose zwischen beiden stattfindet. Ferner kommt die Schnelligkeit in Betracht, mit der die Injektion ausgeführt wird. Der Harn enthält Gifte, die langsam wirken und solche, deren Wirkung als eine rapide zu bezeichnen ist. Bei einer raschen Injektion kommt nur das rapide Agens zur Wirkung, während das langsam wirkende Gift gar nicht seinen Einflufs entfalten kann.

Aus alledem ist ersichtlich, dafs selbst bei einem bestimmten Urin die Toxicität einen festen Wert nicht haben kann.

F. Fuchs-Breslau.



I. Über das Vorkommen von Typhusbacillen im Harn. Von P. Schichhold. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 64.)

II. Über Massenausscheidung von Typhusbacillen durch den Urin von Typhusrekonvalescenten und die epidemiologische Bedeutung dieser Thatsache. Von Petruschki. (Ctrlbl. f. Bacteriol. u. Parasit.-Kunde Bd. 23, Heft 14. Nach Ctrlbl. f. inn. Med. 1899, Nr. 33.)

Während Sch. in seinen Untersuchungen an 17 Typhusfällen 5 mal Eberthsche Bacillen und zwar stets bei gleichzeitigem Eiweifsgehalt des Harnes nachweisen konnte, woraus er auf die Richtigkeit der alten Lehre schliefst, dafs nur die kranke Niere Bakterien austreten lasse, fand P. in einem seiner drei Fälle von massenhafter Bacillenausscheidung keinerlei Veränderungen im Harn. Die Ausscheidung der Keime kann oft lang in die Rekonvalescenz hinein erfolgen, ja sogar in dieser erst beginnen, anderseits fand sie Sch. einmal schon am 7. Krankheitstage vorhanden.

Die Typhusbacillen bewirkten keine Cystitis, obwohl sie sich sehr virulent erwiesen, und als in den Fällen von Sch. Cystitis auftrat, fand sich nur Bact. coli commnue im Harn, ja mit auftretender Cystitis und Pyelonephritis schwanden die vorher vorhandenen Typhusbacillen allmählich aus dem Harn.

Das Auftreten virulenter Typhuskeime im Harne läfst (nach Sch.) die Diagnose Nephrotyphus gesichert erscheinen, anderseits darf der Harn als Träger der Infektionskeime in Bezug auf Desinfektion nicht vernachlässigt werden. Malfatti-Innsbruck.

Zur Kenntnis des Wesens der Ehrlichschen Diazoreaktion Von Brieger. (Mediz. Woche 1900, 6.)

Harne von Phthisikern und Typhuskranken wurden mit Bleiacetat gefällt, der Niederschlag mit Schwefelwasserstoff zerlegt, das Filtrat davon im Vacuum eingedampft, aus dem so erhaltenen Syrup die Phosphate etc. durch Ammoniak, und dieses durch Eindampfen entfernt. Alkohol fällt nun eine leicht zerfliefsliche Masse von saurer Reaktion und ausgezeichnetem Vermögen, die Diazoreaktion zugeben. Die Reindarstellung und Bestimmung dieser — völlig ungiftigen — Substanz ist bis jetzt nicht gelungen.

Malfatti-Innsbruck.

Zur Pathogenese der Gicht. Von O. Hager. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 32.)

Die Arbeit ist ein sehr ausführliches Referat über neuaufgefundene Thatsachen und Resultate der Gichtforschung. Es mufs hier auf die Originalarbeit verwiesen werden. von Notthafft-München.

Der Einflufs gröfserer Wassermengen auf die Stickstoffausscheidung beim Menschen. Von O. Neumann. (Archiv für Hygiene 36, S. 248.)

Die nach Darreichung gröfserer Wassermengen auftretende Vermehrung der Stickstoffausscheidung beruht nur auf einer Ausschwemmung des Orga-



rismus; bei geringer Wasseraufnahme können nämlich recht erhebliche Mengen Stickstoff im Organismus zurückgehalten werden ohne assimiliert zu werden. Malfatti-Innsbruck.

Toxicité urinaire et isotonie; facteur de l'urée. Von R. Quinton. (La Presse Méd. Nr 47, 13. Juni 1900.)

Von der Beobachtung ausgehend, dafs der Harnstoff in den physiologischen Gesetzen der Osmose eine Ausnahme bildet, in einer isotonischen Lösung hingegen (auf das rote Blutkörperchen) wie destilliertes Wasser wirkt, erörtert Qu. seine Theorie, welche der Referent, Sicard, für durchaus nicht einwandsfrei hält. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Toxicité urinaire et isotonie. Von H. Claude et V. Balthazard. (La Presse Méd. Nr. 45, 6. Juni 1900.)

Die an Kaninchen vorgenommenen Versuche haben ergeben, dafs der günstigste Grad der Verdünnung einem Gefrierpunkt von — 0,56, annähernd dem Gefrierpunkt des tierischen Blutserums entspricht; nach Tafeln, welche die Verf. zusammengestellt haben, beträgt die Verschiedenheit in der Bestimmung der Isotonie weniger als $^1/_{10}$ der wirklichen Toxicität.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Die prophylaktische Behandlung der harnsauren Diathese. Aminoform. Von J. A. Goldmann. (Klinisch-therap. Woch. 1899, Nr. 18.)

Das Aminoform ist ein gutes Lösungsmittel der Harnsäure auch im Blut und Gewebe. Es wirkt auf die Diurese ein, belästigt weder Magen noch Darm und alteriert die Herzthätigkeit nicht. G. empfiehlt es warm bei belasteten Arthritikern, $^1/_2$—1 g in $^1/_4$ l Wasser vor dem Frühstück. Wird die Diurese zu stark, oder treten Blasenbeschwerden auf, dann mufs das Medikament eine zeitlang ausgesetzt werden. Dreysel-Leipzig.

A new method of de tecting and determining glucose in urine. Von J. Rudisch. (Festschrift in honor of A. Jacobi 1900, 6. Mai.)

0.8 gr Cupr. sulf., 8.0 Natr. sulfur., 4.8 Natr. carbon. werden in 10% Ammoniakwasser gelöst, das Ganze wird auf 50 ccm verdünnt. 1 mgr Zucker vermag 1 ccm der Lösung zu entfärben. Dreysel-Leipzig.

Zur Vereinfachung der Phenylhydrazin-Zuckerprobe. Von A. Neumann. (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899, Suppl. S. 549.)

Zu 5 cm³ Harn füge man 2 cm³ mit Natriumacetat gesättigter conc. Essigsäure und 2 Tropfen Phenylhydrazin, dann wird das ganze (im Kugelreagenzrohr) auf 3 cm³ abgedampft, schnell abgekühlt und nochmals erwärmt. Bei Anwendung von 50 % Essigsäure und nachträglichem Neutralisieren mit Natronlauge läfst sich noch 0,01 % Zucker durch Bildung schöner Krystalle nachweisen. Bei Anwendung von Eisessig ohne Neutralisation liegt die Grenze des Nachweises bei 0,1 %. Siehe auch Kowarsky. Dieses Centralbl. Bd. 10, S. 484. Malfatti-Innsbruck.

Quantitative Zuckerbestimmung mit dem Eintauchrefraktometer. Vorl. Mitteilung. Von Jul. A. Grober. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 201.)

Harne werden durch Gärung vom Zucker oder durch Koagulation vom Eiweifs befreit und dann in einem Refraktometer Zeifsscher Konstruktion die Verschiedenheiten der Lichtbrechung in den so erhaltenen, und in den ursprünglichen Flüssigkeiten bestimmt. Malfatti-Innsbruck.

Über Zuckerausscheidung nach Kopaivagebrauch. Von Bettmann. (Berliner klin. Woch. 1899, Nr. 22.)

B. fand bei einem Gonorrhoiker, der bis zu 16 g Kopaivabalsam pro die genommen hatte, im Urin Zucker. Nach erneuter Aufnahme von 8 g Kopaivabalsam stieg der Zuckergehalt von 0.9 % auf 2.4 %. Bei einem anderen, seit 8 Monaten an Diabetes leidenden Kranken hatte Kopaivabalsam gleichfalls eine Vermehrung der Zuckerausscheidung zur Folge, dieselbe ging von 1,7 % bis 3 % empor. Auch das Auftreten einer alimentären Glykosurie scheint der Kopaivabalsam zu begünstigen. Von 12 Versuchspersonen, die einige Zeit das Medikament genommen hatten, trat nach Aufnahme von 100 g Traubenzucker bei 4 eine Glykosurie auf, die nach 4 Stunden wieder geschwunden war. Dreysel-Leipzig.

Über die Glykosurie der Vaganten. Von Hoppe-Seyler. (Münch. Med. Wochenschr. 1900, Nr. 16.)

H.-S. fand bei 5 Vaganten unmittelbar nach der Aufnahme in das Krankenhaus Zucker in Mengen von 0.2—0.7 %, welcher bei gemischter kohlehydratreicher Kost rasch schwand und trotz morgendlicher Verabreichung von 100 bis 200 g Traubenzucker nach einigen Tagen nicht wiederkehrte, obwohl diese Mengen auch bei Gesunden, in dieser Weise verabreicht, Glykosurie erzeugen können. H.-S. schliefst als Ursache der Glykosurie Oblongatastörungen, latenten Diabetes, erbliche Anlage zu Diabetes, akuten und chronischen Alkoholismus, Hyperkinese des Magens, welche den Zucker direkt aus dem Dünndarm durch den Ductus thoracicus ins Blut übergehen läfst, Lebercirrhose und Malaria aus.

Das Hauptgewicht bei der Entstehung dieser Glykosurie der Vaganten kommt wohl der Unterernährung des Körpers zu. (Unregelmäfsige, schlechte und ungenügende Beköstigung, Genufs von schlechten, alkoholreichen Getränken, verbunden mit körperlicher Überanstrengung, Unreinlichkeit, Witterungseinflüssen; daher Magendarmkatarrhe, abnorme Zersetzungen im Darm, Meteorismus und Störungen der Stuhlentleerung.)

Die Glykosurie der Vaganten steht also in naher Beziehung zu den Beobachtungen Hofmeisters an Hunden, dafs mangelhafte Ernährung durch Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker Diabetes erzeugen kann. Bei länger dauernder Inanition tritt diese Glykosurie nicht auf, weil dann die Zuckerbildung und Resorption im Darme Not leidet. — Neben der Unterernährung spielen aber wohl auch noch pathische Veränderungen in Leber und Pankreas eine Rolle bei der Entstehung der Glykosurie. (In den vorliegenden Fällen fanden sich regelmäfsig Leberveränderungen: die Leber war

derber, gut palpable, die Oberfläche glatt; keine Zeichen stärkerer Cirrhose.) So kommt es, dafs die Glykosurie nicht bei allen schlecht genährten Individuen, sondern nur bei einem Teil der Vaganten auftritt.

von Notthafft-München.

Beobachtungen über Diabetes insipidus. Von Rebensburg (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 32). In den beiden Fällen von Diabetes. insipidus, die R. zu beobachten Gelegenheit hatte, war beide Male ein Trauma vorhergegangen, doch ist Autor zweifelhaft, ob dasselbe hier die Ursache ist, da sonst gewöhnlich unmittelbar nach dem Trauma mit anderen Hirnsymptomen Polyurie auftritt, dies hier aber viel später der Fall war. Andere Ursachen, wie Hirntumor, Blutungen, Neurasthenie, Epilepsie waren nicht zu eruieren. Auch ein hereditärer Zusammenhang mit Diabetes mellitus war nicht zu beweisen, dagegen waren bemerkenswert Komplikationen, die häufig bei Diabetes mellitus vorhanden sind, nämlich in einem Fall Ischias, im anderen Furunkulose, wobei daran zu erinnern ist, dafs nach Claude Bernhard es zwei benachbarte Punkte am Boden des 4. Ventrikels giebt; Reizung des einen erzeugt Diabetes mellitus, des anderen Diabetes insipidus. In diesen beiden Fällen handelte es sich um primäre Polyurie, nicht Polydipsie, die ausgeschiedene Wassermenge übertraf die eingenommene gewöhnlich um $^1/_4$—$^1/_2$ Liter, abgesehen von dem Wassergehalt der Speisen. Bemerkenswert war noch in einem Falle die Enuresis nocturna, in beiden eine Entwickelungshemmung und vollkommener Mangel der Schweifssekretion. Bezüglich der Therapie hat Verf. von Medikamenten keinen Erfolg gesehen; Hautpflege, bestehend in warmen Salzbädern und kalten Abreibungen, zweckmäfsige Ernährung, Herbeiführung guter hygienischer Verhältnisse, mäfsige Beschränkung der Wasserzufuhr setzten die Urinmenge sehr erheblich herab. Zur Entlastung des Magens und Befriedigung des Wasserbedürfnisses des Körpers wurden Eingiefsungen ins Rektum, täglich zweimal $^1/_2$ Liter, vorgenommen.

Paul Cohn-Berlin.

Über den Stoffwechsel bei Diabetes insipidus. Von G. Vannini. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 29.) V. hat an zwei Kranken mit Diabetes insipidus genaue Stoffwechseluntersuchungen angestellt und aus denselben in Übereinstimmung mit den gefundenen Litteraturangaben folgende Schlüsse gezogen: Die Patienten scheiden weniger Wasser aus, als eingeführt und im Organismus gebildet wird; die sogenannte Perspiratio insensibilis ist ungefähr normal. Der Eiweifsumsatz war in dem einen Fall erhöht, im anderen herabgesetzt, so dafs sich bestimmte Normen für diesen Punkt nicht aufstellen lassen. Verdauungsstörungen werden kaum beobachtet; die Resorptionsverhältnisse der Nahrungsstoffe sind ziemlich normal. Die Harnacidität ist reichlich grofs. Hinsichtlich der N-Ausscheidung und der Aschenbestandteile sind keine nennenswerten, konstanten, vom Stoffwechsel des gesunden Menschen abweichenden Verhältnisse zu konstatieren.

Paul Cohn-Berlin.

Diabète insipide et gliome du quatrième ventricule. Von Marinesco. (Le progrès Méd. 1900, Nr. 9.)

Der Fall betrifft ein nervöses Individuum, bei dem sich nach einer

heftigen Erschütterung der Wirbelsäule eine starke Polyurie (bis zu 12 Liter täglich) einstellte. Unter fortschreitender Kachexie trat der Tod ein. Bei der Autopsie fand sich ein gelatinös-hämorrhagischer Tumor im 4. Ventrikel.

Dreysel-Leipzig.

Über alimentäre Glykosurie bei Leberkranken. Von B. de Haan. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. IV, Heft I, nach Centralbl. f. inn. Med. 1899, pg. 343.)

Von 29 Fällen verschiedener Lebererkrankungen fand sich bei 18 alimentäre Glykosurie nach Aufnahme von 150 gr Rohrzucker. Mit Ausnahme eines Falles trat diese Glykosurie nur bei den herabgekommenen Patienten auf, bei gutem Allgemeinbefinden fehlte sie. Zur Unterscheidung einzelner Formen von Lebererkrankungen (Cirrhosen) kann dieselbe nicht benützt werden. Sie trat z. B. auch bei Hanotscher Cirrhose auf, bei welcher sie nach früheren Angaben fehlen sollte. Bei anderweitig erkrankten Patienten fand Verf. die Glykosurie nur in 2 Fällen von chronischer Nephritis.

Malfatti-Innsbruck.

Über alimentäre Glykosurie e saccharo bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten. Von Demeter R. v. Bleiweifs. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 50.)

Verf. gab fiebernden Kranken 100 gr Traubenzucker ein und konnte in 9 Fällen danach Zucker im Harn nachweisen, bei 3 Patienten (Typhus und croupöse Pneumonie) sogar ziemlich viel (2—4,8 $^0/_0$), in dem Falle, der am stärksten Glycosurie ex saccharo zeigte, brachte Amylumeingabe keine Glykosurie hervor.

Malfatti-Innsbruck.

Causes of Diabetes mellitus. Von R. J. Williamson. (Practitioner 1900, Juli.)

Nach Verf. ist die Ursache des Diabetes in toxischen Substanzen, die vom Darmkanal aus in den Kreislauf gelangen, zu suchen. Bei schweren Fällen vermindert sich die Zuckerausscheidung bisweilen kurz vor dem Tode; hier scheint die Einwirkung eines zweiten Giftstoffes wahrscheinlich. Experimente an Hunden haben bewiesen, dafs durch Zufuhr grofser Mengen diabetischen Urins Glykosurie entsteht. Faeces von Diabetikern Hunden injiziert, rufen gleichfalls Glykosurie hervor, während die Faeces Gesunder nicht diese Wirkung haben. Die Annahme liegt also nahe, dafs wenigstens bei einer Anzahl von Diabetesfällen im Darmkanal durch Einwirkung von Mikroorganismen toxische Substanzen gebildet werden, die als Ursache der Erkrankung anzusehen sind.

Dreysel-Leipzig.

Diabetes mellitus. Von R. Saundby. (Practitioner 1900, Juli.)

Verf. bespricht die bisher aufgestellten Theorien über das Zustandekommen des Diabetes. Seiner Ansicht nach besteht eine Ursache des Diabetes darin, dafs die Leber nicht mehr imstande ist, Glykogen zurückzuhalten und aufzuspeichern, und die andere, dafs die zuckerzerstörende Kraft des Gewebes herabgesetzt ist. Verschiedene funktionelle Krankheiten des Nervensystems, Pankreas- und Lebererkrankungen, Vergiftungen spielen hierbei eine

Rolle. Therapeutisch werden die besten Resultate durch eine entsprechende Diät erzielt. Von Medikamenten sind Opium und Bromkali noch am wirksamsten; bei drohendem Koma ist Strychnin subkutan und Natron bicarbon. per Clysma empfehlenswert. Dreysel-Leipzig.

Les signes révélateurs du diabète. Von E. Dufourt (de Vichy). (La Presse Méd. Nr. 44, 2. Juni 1900.)

Der meisterhaft geschriebene Artikel führt an 350 Fällen von Diabetes diejenigen Erscheinungen an, welche als Ersterscheinungen zur Untersuchung des Urins und damit zur Diagnose führten; einleitend sei erwähnt:

47mal bestand nie Durstgefühl, 303mal herrschte dieses vor, 219mal war dies das einzige Symptom; bei den übrigen 131 Fällen äufserte sich der oftmals recht vorgeschrittene Diabetes.

34mal durch Müdigkeit oder Abmagerung, 14mal durch Neuralgien, davon 6mal als Ischias, 8mal an Interkostalnerven, 2mal am Cruralis, 2mal als Pseudoangina pectoris, 1mal als Zahnneuralgie; Schlaflosigkeit und nicht heilende Wunden führten 7mal zur Diagnose, ebenso oft balanitische und ähnliche Erscheinungen an den Genitalien; der Patient schläft zur gewohnten Stunde ein, erwacht aber nach 2—3 Stunden, ohne wieder Ruhe finden zu können; je 1mal sind Schwindel und Gehirnkongestion angeführt; je 2mal Hemiplegie, Staar. Ödem der unteren Gliedmafsen, hartnäckige Bronchitis, Gangrän, Ekzem; je 4mal Schwachsichtigkeit, Blutungen (aus Uterus und Nase), Karbunkel; je 6mal Lungenentzündung, Bewusstlosigkeit, Ohnmachtsanfälle und Furunkel; je 5mal Atemnot, Ausfall der Zähne und Hyperämie des Pharynx. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

A case of very acute diabetes in a boy aged five years. Von W. A. Milligan. (Lancet 1899, 25. Dez.)

Die Erkrankung hatte bei dem 5jährigen Knaben 10 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus mit Obstipation, Erbrechen und Abmagerung begonnen. Der Kranke war sehr schwach, klagte über grofsen Durst, Puls 140, Resp. 40, Temp. subnormal. Der Atem hatte einen ausgesprochen süfslichen Geruch. Der Urin enthielt reichlich Zucker und etwas Albumen. Codeinpillen und antidiabetische Diät führten keine Besserung herbei, es trat vielmehr Coma ein, und der Kranke ging bald darauf zu Grunde. Bemerkenswert bei dem Falle ist vor allem der aufserordentlich akute Verlauf.

Dreysel-Leipzig.

Vier Fälle von Zuckerharn nach Unfällen. Von Neumann. (Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1900, Nr. 4.)

Bei den 4 Fällen N.s fand sich nach einem Trauma im Harn vorübergehend Zucker. Bei keinem der Kranken war Chloroform zur Anwendung gekommen. Irgendwelche Symptome von Verletzung oder Erschütterung des Gehirnes oder Rückenmarkes waren bei keinem Falle vorhanden. Ob der Harn vor dem Unfalle zuckerfrei war, vermag Verf. nicht anzugeben.

Dreysel-Leipzig.

Die Oxybuttersäure und ihre Beziehungen zum Coma diabeticum. Von A. Magnus-Levy. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 42, S. 149.)

Verf. zieht aus den Resultaten seiner Arbeiten folgende Schlüsse. In allen Fällen von schwerem Diabetes wird viel (20—30 g, bei Alkalizufuhr bis 60 g im Tage) Oxybuttersäure und die zu ihr gehörende Acetessigsäure (etwa 10 g) ausgeschieden. Andere Säuren, Milchsäure, Fettsäure, Benzoesäure verschwinden daneben. Der Alkalivorrat, den der Körper zur Neutralisation dieses Säureüberschusses abgeben kann, würde höchstens für etwa 80 g Oxybuttersäure ausreichen. Es findet nun auch thatsächlich eine Alkalientziehung statt, hauptsächlich aber wird das Ammoniak zur Neutralisation verwendet und der Ammoniakgehalt des Harnes kann direkt als Mafsstab der Oxybuttersäurebildung benutzt werden. (Sonst mufs der Überschufs aller Basen über alle Säuren im Harne dazu verwendet werden, wie es Verf. gethan hat.)

Im Coma diabeticum tritt starke Vermehrung der Säure auf (bis zu 160 g im Tag). In den Leichenteilen der im Coma Verstorbenen fand sich Oxybuttersäure von 2—4,5 ‰, im ganzen Körper also etwa 100—200 g. Diese Säuremenge, auf das Kilogramm Körpergewicht und auf Salzsäure umgerechnet, ist so grofs oder gröfser als die zur Säurevergiftung beim Kaninchen notwendige Menge. Das Coma diabeticum kann also auf Säurevergiftung zurückgeführt werden, vielleicht ist die Bildung dieser Säuremenge an das vorherige Auftreten anderer abnormer chemischer Umsetzungen (Toxine) gebunden. Die Oxybuttersäure stammt weder aus dem Eiweifs noch aus den Kohlehydraten, sondern aus dem Fett oder aus einer Synthese. Der Ort ihrer Bildung ist nicht der Darm, wahrscheinlich die Muskeln und die grofsen Drüsen u. s. w. Verf. tritt für sehr energische Behandlung des Coma diabeticum mit Alkaligaben (Hunderte von Grammen!); auch andere Fälle von schwerem Diabetes mit hoher Ammoniakausscheidung sollen dauernd mit grofsen Dosen Natrons behandelt werden. Auch aufserhalb des Diabetes kommt es gleichzeitig mit der Aceton- auch zu Oxybuttersäureausscheidung, die Mengen aber sind klein — bis zu 7 g im Tag — und bedingen keine Säurevergiftung. Malfatti-Innsbruck.

Aggravation subite d'un diabète après un piqûre de guêpe. Von Navarre. (Soc. nat. de méd. de Lyon 1899, 6. Sept.).

Die Kranke N.s, eine 67jährige Dame, deren Harn 0.4% Zucker enthielt, wurde von einer Wespe gestochen. Bald darauf stellte sich Übelbefinden, Frost, starker Durst ein; daneben bestanden Kopfschmerzen, Trockenheit im Munde, unangenehm riechender Atem. Einige Tage später enthielt der Urin 4% Zucker und Aceton. Verf. meint, dafs nicht nur der Schreck infolge des Stiches, sondern auch das Wespengift selbst die Verschlimmerung des Diabetes verursacht habe. Dreysel-Leipzig.

On peripheral neuritis and retinal changes in diabetes mellitus. Von C. O. Hawthorne. (Lancet 1899, 30. Sept.)

Es handelt sich um eine 67jährige Frau, die seit 6—7 Jahren an

Diabetes litt. Die Patellarreflexe fehlten, ferner bestand Paralyse des rechten M. rectus extern. oculi, die jedoch bald wieder schwand; seit 3 Jahren litt die Kranke an Ischias. Die peripheren nervösen Störungen beim Diabetes, die nicht selten zur Beobachtung kommen, sind auf Ernährungsstörungen zurückzuführen. Dreysel-Leipzig.

A case of Xanthoma tuberculatum diabeticorum, showing rapid disappearance of lesions under anti-diabetic regimen and treatment. Von S. Sherwell and J. Johnston. (Amer. Dermatol. Assoc., Washington 1900, 1.—3. Mai.)

Die 40jährige, an Diabetes leidende Kranke hatte seit 5—6 Jahren an Ellenbogen, Knieen und Nates zahlreiche Xanthome, die während des Sommers immer etwas zurückgingen, im Winter aber sehr schmerzhaft waren. Unter entsprechender Diät und Gebrauch von alkalischen milden Abführmitteln trat neben starker Verminderung der Glykosurie eine rasche Besserung der Hautaffektion ein, so dafs an den betreffenden Stellen bald nur noch leichte Pigmentationen vorhanden waren. Dreysel-Leipzig.

Laryngitis bei Diabetikern. Von O. Leichtenstern. (Münch. med. Woch. 1900, 17. April.)

Kranke mit leichtem Zuckergehalt des Urins, deren Befinden noch ein gutes ist, klagen bisweilen über Trockenheit im Halse. Die Schleimhaut des Pharynx und auch die der Stimmbänder zeigt dabei ein auffallend trockenes, glattes, glänzendes Aussehen und ist von kupferroter Farbe. L. betrachtet diese Zeichen als Frühsymptome des Diabetes. Bei entsprechender Diät gehen die Beschwerden zurück, bei fortschreitendem Diabetes kann es aber zur Sklerosierung der betreffenden Schleimhautpartien kommen.

Dreysel-Leipzig.

Treatment of Diabetes Mellitus. Von F. Kraus. (Med. Rec. 1900, 12. Mai.)

Bei der Behandlung des Diabetes haben Medikamente nur einen sehr geringen Wert; Opium macht eine Ausnahme, doch sollte dieses nur bei schweren Fällen Anwendung finden. Bei den seltenen Fällen von syphilitischem Diabetes leisten die Hg-Präparate gute Dienste. Im allgemeinen bleibt die Regelung der Diät die Hauptsache; es gelingt auf diese Weise meist leicht, den Kranken in einem befriedigenden Ernährungszustande zu erhalten. Zur Feststellung der Toleranz des Organismus für Kohlehydrate bedient sich K. der v. Noordenschen Methode, d. h. er giebt probeweise eine bestimmte Menge Kohlehydrate, die dann vermindert oder vermehrt wird, je nachdem sich noch Zucker im Urin findet oder nicht. Bei schweren Fällen mufs auch die Zufuhr der Eiweifsstoffe eingeschränkt werden; an deren Stelle tritt das Fett. Perioden strenger Abstinenz vermehren die assimilierende Kraft des Organismus. Die Kranken sollen daher in regelmäfsigen Intervallen für einige Tage einer strengen Diät unterworfen werden. In Fällen, bei denen der Zucker überhaupt nicht ganz schwindet, sind kleine Mengen Kohlehydrate bei den Hauptmahlzeiten zu gestatten. Alkohol ist bei strenger Auswahl der

Fälle in mäfsiger Menge erlaubt. Die Balneotherapie ist häufig von sehr guter Wirkung. Dreysel-Leipzig.

Der Diabetes mellitus und seine Bedeutung für Marienbad. Von Kopf. (Therapie der Gegenw. 1900, S. 287.)

Auf Grund zahlreicher Besserungen bis zur Symptomfreiheit nach 4 wöchentlichem Gebrauch von Kreuz- und Rudolfsbrunnen empfiehlt K. Marienbad für Diabetiker.

Kaufmann-Frankfurt a. M. (Homburg v. d. H.)

2. Erkrankungen der Nieren.

I. **Permeabilità renale e funzioni renali.** Von L. Devoto. (Clinica. med. ital. 1898, Nr. 9.)

II. **Über die Ausscheidung des Methylenblaus durch normale und pathologische Nieren.** Von v. Czylharz u. Donath. (Wr. klin. Wochschr. 1899, Nr. 24.)

III. **The use of methylene blue in the diagnosis of renal disease.** Von R. C. Cabot u. F. F. Mc Girr. (St. Paul. med. Journ. 1899, Nr. 2.)

IV. **Modifications dans la composition de l'urine sous la dependance de troubles apportés au fonctionnement du rein.** Von R. Lépine. (Gaz. hebdom. de med. et de chir. 1898, Nr. 3.)

V. **Sulla diagnosi della permeabilità renale nei bambini.** Von A. Muggia. (Gazzetta med. di Torino 1898, Nr. 6—8.)

VI. **Diagnostic de la permeabilité renale par le procédé du bleu de méthylène.** Von J. Castaigne. (Gaz. des Hospitaux 1898, Nr. 66.)

VII. **Methyleenblauer uitscheidinc en nierfunctie.** Von T. H. van der Velde. (Diss. Leyden. Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 359.)

VIII. **Sur la perméabilité renale dans les affections cutanées.** Von J. Lépine. (Gaz. hebdom. de med. et de chir. 1899, Nr. 51.)

IX. **L'Urobilinurie et la permeabilité renale.** Von C. Achard u. P. Moreaux. (ibid. Nr. 10.)

Die Ansicht, dafs die Schnelligkeit der Ausscheidung eingegebenen Methylenblaus einen Mafsstab abgebe für Funktionstüchtigkeit der Niere, kann nicht mehr stand halten. Devoto I macht darauf aufmerksam, dafs bei der Ausscheidung von Methylenblau nicht nur eine einfache Durchgängigkeit in Frage komme, sondern auch eine specifische Elimination, und er weist mit Recht darauf hin, dafs die Nieren eine höhere Mission hätten als einfach durchgängig zu sein. Czylharz und Donath II ebenso Cabot und Mc Girr III zeigen, dafs schwer erkrankte Nieren aller Formen zwar verzögerte Ausscheidung aufweisen können, aber durchaus nicht müssen. Am ehesten noch traten Verzögerungen auf in Fällen von chron. interstitieller Nephritis. Lépine IV weist, dieses Verhalten erklärend, auf seine früheren Versuche hin, aus denen hervorgeht, dafs jeder Substanz ein ganz specifischer

„Passagecoëfficient" zukommt, der sehr veränderlich ist, je nach dem Zustand, in dem sich die Niere befindet. Gegen Methylenblau kann eine Niere sehr durchgängig erscheinen und es dabei gegen andere Körper z. B. Toxine nicht sein. So kann man Urämie bei Nieren antreffen, welche mit Methylenblau geprüft, normale Permeabilität aufweisen. Auch Muggia V weist aus demselben Grunde die praktische Verwertbarkeit der besprochenen Methode zurück und erwähnt einen der 10 von ihm ausführlich geschilderten Fälle, wo normale Permeabilität neben Urämie nachweisbar war.

Castaigne VI hält die Brauchbarkeit der Methode aufrecht und bespricht ausführlich die verschiedenen Formen der Ausscheidungsverzögerung und ihre Bedeutung für den physiologischen Zustand der Niere. Besonders interessant ist die intermittierende Ausscheidung, die einen sehr geringen Grad der Nierenstörung bezeichnet, die aber Verf. konstant bei 10 Leberleidenden und nur bei diesen auffand, so dafs also diese Anomalie der Ausscheidung eine Störung der Leberfunktionen anzeigt. Auch Van der Velde VII empfiehlt die Methode, obwohl er nach Chloroformnarkose mit Albuminurie normale Verhältnisse, bei unschädlich verlaufender Narkose aber Behinderung der Permeabilität auffand. Störungen traf Verf. auch bei Eklampsieen, bei Menstruation, im Puerperalfieber, er glaubt, dafs die Methylenblauausscheidung mit der Toxinausscheidung parallel gehe.

Bei einer sehr grofsen Anzahl von Hautkranken mit ausgedehnter Affektion des Organes (aber ohne Albuminurie) untersuchte Lépine VIII die Permeabilität und fand normale Verhältnisse. Er verwendete zu seinen Versuchen das von Dreyfufs empfohlene (s. dieses Centralbl. Bd. 10, pg. 331) Rosanilinnatriumtrisulfaten. Auch andere Stoffe, speciell das Urobilin, sein Chromogen und das Indican werden, wie Achard und Moreaux IX nachweisen, von der Niere in auffallender Weise zurückgehalten. Bei einem Phthisiker erkrankte die Leber (Fett und Amyloiddegeneration); Urobilin, sein Chromogen und Indican traten im Harn auf, dann erkrankte auch die Niere (starke diffuse Nephritis mit Amyloiddegeneration, Albumin 1‰), das Urobilin verschwand. Als das Nierenleiden unter Bildung von Anasarca sich steigerte, verschwand auch das Chromogen und das Indican. Eine ähnliche Zurückhaltung der genannten Stoffe, durch die kranke Niere liefs sich auch in Experimenten an gesunden bezw. nierenkranken Menschen nachweisen, selbst wenn im Blutserum Urobilin nachweisbar war, schied die kranke Niere weder Urobilin noch sein Chromogen aus. Malfatti-Innsbruck.

The excretion of urinary water and urea from the human body, with diminished kidney weight. Von J. B. Nash. (Lancet 1900, 30. Juni.)

Die beiden ersten Fälle N.s betreffen 2 Kranke, bei denen eine Niere vor 3 resp. 2 Jahren entfernt worden war. Durchschnittlich betrug die Harnmenge bei dem 1. Falle, einer 35jährigen Frau, während einer siebenwöchentlichen Beobachtungszeit täglich 1520 ccm, die Harnstoffmenge 1,6%; bei dem 2. Falle, einem 20jährigen Manne, wurden durchschnittlich täglich 1167 ccm Harn und 2,13% Harnstoff ausgeschieden. Der 3. Fall, eine

56jährige Frau, wurde 53 Tage beobachtet. Die Urinmenge betrug im Durchschnitt täglich 889 ccm, der Harnstoffgehalt 1,57 $^0/_0$ Die Urinmenge stieg von 625 ccm am Tage nach der Entfernung der Niere bis 1500 ccm, der Prozentgehalt des ausgeschiedenen Harnstoffes sank entsprechend; er hatte am 1. Tage 4,36 $^0/_0$ betragen. Dreysel-Leipzig.

Über eine durch Fütterung mit Ammoniumsulfat erzeugte chemische Veränderung des Blutes und Glomerulonephritis. Von Th. Rumpf u. O. Schumm. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 29, S. 249.)

Wenn anorganische Ammonsalze in das Blut eingeführt werden, so wird der Säurekomponent des Salzes abgespalten und an Kali oder Natron gebunden, viel früher ausgeschieden als der Ammoniakkomponent. Dadurch wird eine starke Verarmung des Blutes an Natron und Kali, mit gleichzeitiger Anreicherung mit Calcium bewirkt. Interessant ist die nach 1 bis $1^1/_2$jähriger Fütterung mit schwefelsaurem ebenso mit phosphorsaurem Ammon (vielleicht infolge der Blutveränderung) auftretende Glomerulonephritis.

Malfatti-Innsbruck.

Zur Frage der Allgemeininfektion bei Harnkrankheiten. Von Posner und J. Cohn. (Berl. Klin. Wochenschr. 1900, Nr. 31). Bei unverletzter Schleimhaut sind Allgemeininfektionen vom Urogenitaltractus aus wahrscheinlich unmöglich, doch ist immerhin zu unterscheiden, ob die Krankheit in der Urethra anterior und Blase, oder ob sie in der Urethra posterior, in den Ureteren, im Nierenbecken und Nieren lokalisiert ist, da hier der Epithelüberzug einen viel zarteren Charakter hat, event. die Infektion durch die Anhänge, besonders die Prostata, ihren Weg nehmen kann. Was speziell die Nieren anbetrifft, so scheint, wenn auch die Resultate der diesbezüglichen Untersuchungen nicht ganz übereinstimmen, doch erwiesen, dafs dieselben, auch wenn ihre Substanz ganz intakt ist, Bakterien aus dem Blut in den Harn übertreten lassen können. Die Verff. haben nun Versuche darüber angestellt, wie weit umgekehrt bei künstlicher Infektion des Nierenbeckens Allgemeininfektion eintritt; sie unterbanden an Kaninchen den freigelegten Ureter und machten in den centralen Stumpf Einspritzungen mit Aufschwemmungen der verschiedensten Kulturen, mit besonderer Berücksichtigung derjenigen Mikroorganismen, die in der Pathologie der Harninfektion die Hauptrolle spielen, also Bact. coli, Streptococcus, Staphylococcus und Proteus. Es ergab sich bei Milzbrandbazillus in zwei Versuchen beide Male ein positives Resultat, Prodigiosus blieb in 8 Versuchen 3mal negativ. Bacterium coli zeigte in den reinen Fällen stets ein negatives Resultat, in zwei Fällen mit gleichzeitiger Peritonitis war eine Allgemeininfektion zu konstatieren. Die Eiterkokken, Staphylococcus aureus und albus und der Streptococcus ergaben in 5 Fällen ein positives Resultat. Wie weit sich diese Ergebnisse auf die menschliche Pathologie übertragen lassen, müssen weitere Beobachtungen lehren, doch stimmt es mit den klinischen Erfahrungen so ziemlich überein, dafs die Eiterkokkeninfektion eine erheblich gröfsere Gefahr für den Organismus darstellt, wie die Coliinfektion.

Paul Cohn-Berlin.

Ein Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung. Von L. Hofbauer. (Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. V, H. 3.)

Der Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen mit Hämaturie, die seit zwei Jahren bestand, ohne nachweisbare Ursache entstanden war und keinerlei Beschwerden verursachte. Das Blut stammte aus der linken Niere; nach Exstirpation der Niere schwand die Hämaturie. Die entfernte Niere zeigte makroskopisch keinerlei Veränderungen, mikroskopisch fanden sich jedoch erhebliche Veränderungen an den Malpighischen Körperchen, eine chronische Glomerulonephritis. Die nach der Operation ausgeschiedene tägliche Harnmenge war nicht nur nicht geringer, sondern gröfser als vorher.

Dreysel-Leipzig.

Hämaturie aus normalen Nieren und bei Nephritis. Von Naunyn. (Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. V, H. 4 u. 5.)

N. teilt einen Fall von Blutung aus einer gesunden Niere und 4 Fälle von Hämaturie bei chronischer Nephritis mit. Bei einem dieser Fälle wurde die Niere freigelegt, bei den anderen schwand die Blutung ohne operativen Eingriff. N. glaubt, dafs die Nephrotomie für gewisse Fälle von Nephritis von guter Wirkung sei. Dreysel-Leipzig.

Nachteilige Erfahrungen bei der subkutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel. Von M. Freudweiler. (Centralbl. f. innere Med. 1900, 7. Juli.)

F. hat bei Nierenblutungen durch subkutane Anwendung der Gelatine nicht nur keine Besserung, sondern im Gegenteil eine Verschlechterung der Hämaturie erzielt. Es handelt sich um einen Fall von Nephritis parenchymatosa chronica haemorrhagica und um einen solchen von Nephritis acuta haemorrhagica postpuerperalis. In beiden Fällen trat direkt im Anschlufs an die Gelatineinjektion eine sehr intensive Hämaturie und Hämoglobinurie auf, aufserdem noch eine Verschlimmerung der Albuminurie, die bei dem zweiten Falle eine rasch vorübergehende, bei dem ersten eine bleibende war. Reizung der Nieren durch die Gelatine oder deren Spaltungsprodukte bilden wahrscheinlich die Ursache für diese Verschlimmerungen. Nach F. bedeuten Nierenerkrankungen eine Kontraindikation für Verwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel. Dreysel-Leipzig.

Malariae hemoglobinuria. Von Burns. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5.—8. Juni.)

B. hat 18 Fälle von Malariahämoglobinurie beobachtet und empfiehlt hierfür den Gebrauch von Chinin. Seine mit diesem Medikamente erzielten Erfolge sind sehr gute. Dreysel-Leipzig.

No quinine in hemoglobinuria. Von Krauss. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5.—8. Juni.)

Die Zahl der von K. behandelten Fälle von Hämoglobinurie infolge Malaria beträgt 14. Nach Ansicht K.s ist diese Form der Hämoglobinurie eine besondere Krankheit, oder wenigstens ein Symptomkomplex für sich.

Chinin ist nicht empfehlenswert; angezeigt ist eine stimulierende, kräftigende Behandlungsweise, die ausgezeichnete Resultate giebt.

Dreysel-Leipzig.

Hematuria due to Bilharzia. Von J. Gutch. (British Med. Journ. 1900, 19. Mai.)

Der Fall betrifft einen 17jährigen Knaben mit Hämaturie. Im Urin fanden sich Eier und Embryonen von Distoma haematobium. G. meint, dafs derartige Fälle, nach Rückkehr der Truppen aus Südafrika häufiger werden dürften Der Knabe hatte sich jedenfalls beim Baden oder durch Trinken verunreinigten Wassers infiziert.

Dreysel-Leipzig.

A case of pyonephrosis with imperforate right ureter (congenital). Von A. M. Shield. (Lancet 1900, 21. April.)

S fand bei der Sektion eines 7 Monate alten Kindes eine Pyonephrose der rechten Niere, die die Gröfse einer Kokosnufs erreicht hatte, und einen kongenitalen Verschlufs des rechten Ureters. Eine Ursache für die Eiterung war nicht zu eruieren.

Dreysel-Leipzig.

Pyonéphrose d'un rein ectopié dans l'épaisseur du mésentère. Von Dartignes. (Presse Méd. 1898, Nr. 54.)

Die 55jährige Kranke D.s, die bereits in ihrem 15. Jahre wegen einer Geschwulst in der rechten Lendengegend operiert worden war, erkrankte plötzlich an Erbrechen, Obstipation, Oligurie. In der rechten Lendengegend entwickelte sich eine rasch wachsende Geschwulst, die frei beweglich war und Fluktuation zeigte. Temperatur 39.0. Rechte Niere und Leber waren, wie eine Probeincision ergab, gesund. Durch Laparotomie wurde der Tumor freigelegt, den man seiner Lage wegen für eine Mesenterialcyste hielt; er enthielt 1 l stinkenden Eiters. Die Frau starb am nächsten Tage. Die Wand der Cyste bestand aus Nierengewebe. Es handelte sich also um eine Pyonephrose der verlagerten linken Niere.

Dreysel-Leipzig.

Zur Pathogenese der cyklischen Albuminurie. Von Dr. Rudolf. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, pg. 225.)

Verf. berichtet über verschiedene Fälle von cyklischer Albuminurie, auch zwei Heilungen, und zwar Heilungen ohne Bettruhe und besondere Diät. Ärztliches Eingreifen widerrät Verf. Als Ursache der Albuminurie bezeichnet er nach Besprechung der einschlägigen Lehrmeinungen, eine Stauung in der Niere; mit Stauungsalbuminurie haben auch die Harnbefunde (Blutkörperchen, Formbestandteile) bei cyklischer Albuminurie die meiste Ähnlichkeit. Die Stauung wird verursacht durch den stärkeren Druck, welche die Blutsäule bei aufrechter Lage des Körpers auf die Nieren ausübt, und sie bewirkt Albuminurie, weil in den besprochenen Fällen eine Schwäche (Elastizitätseinbufse, vielleicht von früheren entzündlichen Prozessen her) der Glomeruluswand vorliegt.

Mit dieser Ansicht des Verf. steht aber die von ihm vertretene Erklärung des Aufhörens der Albuminurie gegen den Abend hin in Widerspruch. Verf. meint, die Kinder seien gegen Abend müde und zögen dann sitzende Stellung vor. Bei sitzender Stellung ist aber die Blutsäule über

der Niere gerade so hoch wie beim Stehen. Ohne die ältere Annahme einer Art von Chokwirkung auf die Niere wird man da doch nicht auskommen. Ref.)

Malfatti-Innsbruck.

Über funktionelle Nierendiagnostik. Von Casper und Richter. (Berl. Klin. Wochenschr. 1900, Nr. 29). Um über die Arbeitsleistung der Nieren im allgemeinen und die jeder einzelnen Niere im Besonderen möglichst genauen Aufschlufs zu erlangen, haben Verf. mittelst des Ureterenkatheterismus umfangreiche Versuche angestellt, indem das getrennt aufgefangene Sekret jeder Niere gesondert untersucht wurde. Sie fanden zunächst, dass die gesunden Nieren in dem Zeitraum von etwa 30—60 Min. gleichzeitig fast absolut die gleichen Mengen fester Bestandteile ausscheiden. Bei einseitigen Nierenerkrankungen (Tumoren, Stein, Pyelonephritis, Pyonephrose) blieb auf der kranken Seite so gut wie jedesmal die Harnstoffausscheidung und auch die molekulare Konzentration beträchtlich gegenüber der gesunden zurück. Bei Erkrankung beider Nieren verwischte sich dieser Unterschied mehr oder weniger. Es läfst sich also auf diesem Wege mit annähernder Sicherheit bestimmen, wieviel von der Gesamtarbeit, gemessen am Harnstoff und der molekularen Konzentration des Harns, auf die eine, wieviel auf die andere Niere entfällt. — Von der experimentell festgestellten Thatsache ausgehend, dafs nach Einverleibung von Phloridzin der Körper mit einer Zuckerausscheidung reagiert, deren Entstehungsort die Nieren sind, haben Verf. ihre Versuche nach dieser Richtung hin mittelst des Ureterenkatheterismus vervollständigt und folgende Resultate erhalten: Gesunde Nieren scheiden nach subkutaner Phloridzineinverleibung, wenn man gleichzeitig in dem Zeitraum von $^1/_2$—1 Stunde aus beiden den Urin auffängt, die gleichen Mengen Zucker aus. Die kranke Niere ist durch eine deutlich verringerte Zuckerausscheidung gegenüber der gesunden zu erkennen. Bei hochgradiger und ausgedehnter Erkrankung der Niere kann die Zuckerausscheidung ganz minimal werden oder vollständig fehlen. Bei doppelseitiger Erkrankung vermischen sich die Unterschiede in ähnlicher Weise wie bei der Harnstoffausscheidung. Im allgemeinen gehen Gröfse der Zucker-, der Harnstoffausscheidung und der molekularen Konzentration einander parallel.

Paul Cohn-Berlin.

Über Urinbefunde nach Nierenpalpation. Von C. Menge. (Münch. Med. Wochenschr. 1900, Nr. 23.)

Aufmerksam gemacht durch einen vorübergehenden Eiweifsgehalt des Harnes bei 2 Patientinnen, deren Nieren kurz vorher palpiert worden waren, untersuchte Menge 21 Fälle von mehr minder ausgeprägtem Tiefstand der Nieren auf den Einflufs der Massage und fand 15 mal Eiweifs in wechselnder Menge (von Spuren — $^1/_2$ %) in dem Harne, welcher vor der Palpation eiweifsfrei gewesen war. Die Albuminurie hatte in einem Falle schon nach $^3/_4$, in allen nach 24 Stunden aufgehört, war 1 mal dagegen nach 2 Stunden noch vorhanden. Menge schliefst aus diesem baldigen Schwinden des Eiweifses, dafs es sich bei diesem Phänomen im wesentlichen um ein Austreten von geringen Blutmengen aus den Kapillarknäueln der Niere, also eine vor-

übergehende renale Hämaturie mit Albuminuria spuria handle; die mikroskopische Untersuchung bestätigte in 5 Fällen diese Annahme. Die im Verhältnis zum Blute jedoch grofse Eiweifsmenge führt Menge zu der Annahme, dafs zunächst durch den bimanuellen Druck es nur zum Austritt von Blutserum kommt. Dafs es sich um renale Blutung handelte, wurde mit dem Cystoskop und dem Uretorenkatheter festgestellt. Da der Ureterenkatheter durch die peristaltische Arbeit des Ureters Ureterenverletzung und dadurch Blutung hervorrufen kann, rät M. nur die in den ersten 5—10 Min. ausfliefsende Urinmenge zu Blutproben zu verwenden. — In einem anderen Falle wurde der Blasenurin erst auf den Druck auf eine Niere hin eiweifshaltig; der Eiweifsgehalt nahm (Schätzung!) bei Druck auf die andere Niere noch zu. — Aus diesen wenigen Beobachtungen zieht der Autor als „das vorläufige Resultat der verschiedenen Eindrücke“ die Folgerung, dafs das Auftreten von Eiweifs und Blut im Harn und die Menge dieser Stoffe nach Nierenpalpation bis zu einem gewissen Grade abhängt 1. von der Stärke und Dauer der Palpation, 2. von dem Ernährungszustande der Patienten, 3. von der Spannung der Bauchdecken, 4. von dem Grade der Nephroptose, 5. von der Empfindlichkeit des palpierten Organes.

Das Auftreten von Blut und Eiweifs im Harn nach Nierenpalpation hat seine besondere Bedeutung für die Nephroptose. Eine tiefer stehende Niere ist ungeschützter, kann leichter gedrückt werden. Nephroptose und chronische Anämie sind häufig vergesellschaftet; cyklische und intermittierende Albuminurien sind im Entwickelungs- und Kindesalter und bei mageren Leuten am häufigsten und treten in der Regel nur am Tage auf, wo die Nieren tiefer herabsinken. Alle diese Krankheitsformen sind durch Mastkuren, also Polsterung der Niere, am besten zu behandeln. Manche der Fälle von Nephroptose mit Anämie unterhalten also „vielleicht gewisse Beziehungen zu solchen Druckäufserungen“. — Auf Grund seiner Beobachtungen warnt Menge vor der Massage der Nierengegend und der Verwendung von Bandagen mit Nierenpelotan. von Notthafft-München.

Über das Ausscheidungsverhältnis der Aloxurkörper bei Nephritis. Von Charles F. Martin. (Centralbl. f. inn. Med. 1899, pag. 625.)

Bei Nephritikern zeigten sich die Ausscheidungswerte für die Xanthinbasen (13.6—47 mg im Tag) nicht erhöht, und obwohl die Harnsäurewerte absolut geringe waren (0,28—0,44 gr), war doch das Verhältnis von Basen- zu Harnsäurestickstoff in den normalen Grenzen geblieben. Eine Ausnahme machte nur ein Fall von Schrumpfniere, wo einer Harnsäureausscheidung von 0,102 gr, eine Basenausscheidung von 0,081 entgegenstand. Von diesem Fall liegt nur ein Versuchstag vor; die täglichen Schwankungen können aber sehr bedeutend sein. In einem Falle von intermittierender Albuminurie war in dem nach mäfsiger Bewegung ausgeschiedenen eiweifshaltigen Harn mehr Harnsäure vorhanden, als in dem eiweifsfreien der Ruheperioden. Von einer bei Nierenerkrankungen bestehenden Unfähigkeit der Nieren, Xanthinbasen in Harnsäure umzuprägen (Kolisch), kann also keine Rede sein.

Malfatti-Innsbruck.

Über die Ausscheidung der Chloride bei Nierenentzündungen und ihr Zusammenhang mit urämischen Zuständen. Von A. Hofmann. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 61, Heft 5/6.)

Gegenüber den Ausführungen von Bohne (cf. dieses Centralbl. Bd. 8, p. 601), der die Chlornatriumretention für die Entstehung urämischer und komatöser Zustände in hervorragendem Maſse verantwortlich gemacht hatte, findet Verf. in 6 Fällen chronischer und 2 Fälle akuter Nephritis zur Zeit des Auftretens urämischer Symptome keine solche Retention; ja in manchen Fällen wurde Chlornatrium reichlicher ausgeschieden als aufgenommen. Also auch für die akut erkrankte Niere darf eine Erschwerung der Kochsalzabscheidung nicht als Regel aufgenommen werden. Andererseits wurden in einem Falle chronischer Nephritis bedeutende Mengen von Kochsalz zurückgehalten, ohne daſs es zu urämischen Zeichen gekommen wäre. Im Tierversuch erwies sich die subkutane Injektion von Kochsalz nur für kleinere Tiere gefährlich; schon Meerschweinchen und Kaninchen erwiesen sich recht resistent; 5 gr waren noch nicht tödlich.

Die Phosphorsäureausscheidung zeigte bei den untersuchten Nephritisfällen keine Abweichung von der Norm. Malfatti-Innsbruck.

Über Veränderungen der Wassersekretion bei Nierenkrankheiten. Von G. Kövesi und W. Róth-Schulz. (Orvosi Hetilap 1900, Nr. 17.)

Die Wasserausgabe der Nieren ist den Bedürfnissen des Organismus gemäſs verschieden. Diese variierende Sekretion untersuchten die Verf. an Gesunden sowohl wie an Nierenkranken mit folgendem Ergebnisse: 1. Bei der parenchymatösen Nephritis ist die Wassersekretionsfähigkeit der Nieren dem Grade der Entzündung entsprechend vermindert. 2. Bei der Schrumpfniere ist die Verdünnungsfähigkeit teilweise, in einzelnen Fällen sogar total erhalten. 3. Ganz ähnliche Verhältnisse liegen auch bei der Nierenthätigkeit von Herzkranken vor, solange die Kompensation vollkommen ist. 4. Bei Stauungsniere zeigen sich nach reichlichem Wassergenusse solche Resultate, wie bei den Übergangsformen der parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden. Bei der Deduktion dieser Untersuchungsresultate wurde überall die Gefrierpunktsveränderung in Betracht gezogen. I. Hönig-Budapest.

Über die harntreibende Wirkung des milchsauren Strontiums. Von S. Bronowski. (Wr. med. Presse 1899, Nr. 5.)

In vielen Fällen wirkte milchsaures Strontium harntreibend, und verminderte die Menge des ausgeschiedenen Eiweiſses. Diese Wirkung hängt wahrscheinlichst nicht von einer Reizung der Nierenepithelien ab, sondern von einer Erweiterung der Nierengefäſse. In Tierversuchen wirkten nämlich nur groſse Gaben (mehr als 0,07 gr pro kg Kaninchen) nierenreizend, sonst konnte nur Sinken des allgemeinen Blutdrucks beobachtet werden. Malfatti-Innsbruck.

The diagnosis of nephritis without albuminuria. Von A. Edwards. (Amer. journ. of the med. sciences, 1898 Oktober, nach Ctrlbl. f. inn. Med. 1899, Nr. 44.)

Mehrfach wurde schon Nephritis ohne gleichzeitige Albuminurie beob-

achtet, so von Bartels bei Scharlachnephritis, von Henoch bei Nephritis kurz vor dem Tode. Verf. sah im Verlauf eines Typhus Ödeme auf der Brust, im Gesichte und an den Knöcheln auftreten, im Urin aber kein Eiweifs, wohl aber ein Sediment von roten Blutkörperchen und granulierten Zellen. In einem zweiten Falle handelte es sich um eine Exacerbation einer chronischen Nephritis mit Dilatation des Herzens, im Urin aber fanden sich nur epitheliale Niederschläge, kein Eiweifs. In einem dritten Falle zeigte die Obduktion eine parenchymatöse Nephritis, deren Diagnose nicht hatte gestellt werden können, da im Harn das Eiweifs, abgesehen von einigen Eiterzellen, fehlte. Das klinische Bild war sehr unbestimmt. Fieber, schneller Puls, Schmerzen und Schwellungen in manchen Gelenken, Dilatation des linken Ventrikels, systolisches Geräusch, Exophtalmus, aber keine Ödeme. Es mufste, nach Ausschlufs von Unterleibstyphus und Miliartuberkulose, an eine Sepsis unbekannten Ursprungs gedacht werden.

Malfatti-Innsbruck.

Nephritis bei Varicellen. Von H. Haenel. (Centralbl. f. innere Med. 1900, 12. Mai.)

Verf. berichtet über einen Fall von Nephritis bei Varicellen, der ein einjähriges Mädchen betrifft. Der Urin enthielt 4—5 ‰ Eiweifs, hyaline und granulierte Cylinder und weifse Blutkörperchen. Das Fieber stieg bis 40.0, Ödöme waren nicht vorhanden. Die Varicelleneffloresecenzen traten nur sehr spärlich auf — im ganzen 5 —, waren aber durchaus charakteristisch. Besonders bemerkenswert ist, dafs die Nephritis vor Ausbruch des Exanthemes, 10 Tage vorher, sich einstellte. Der Verlauf und Charakter der Erkrankung legen den Gedanken nahe, dafs es sich bei dem Falle um eine vikariierende Nephritis handelte, dafs der Infektionsstoff statt in der Haut zum gröfsten Teil in der Niere lokalisiert war.

Bei zwei weiteren von H. kurz angeführten Fällen trat nach Ablauf der Varicellen gleichfalls eine Nierenentzündung auf und zwar handelte es sich bei dem einen Falle um eine wirkliche hämorrhagische Nephritis, bei dem anderen um eine einfache Albuminurie ohne Fieber. Dreysel-Leipzig.

Über die Ursachen der Herzhypertrophie bei Nierenkrankheiten. Von August Bier. (Münch. Med. Wochenschr. 1900, Nr. 16.)

Bier sieht in der Herzhypertrophie bei Nierenschrumpfungen eine rein kompensatorische Hypertrophie, und glaubt, dafs ohne dieselbe ein Weiterleben nicht möglich ist. In der schrumpfenden Niere sind eine Reihe von Gefäfsen unwegsam, viele Drüsenepithelien zu Grunde gegangen. Da das Filter der Niere also vielfach unwegsam geworden, ist ein erhöhter Filtrationsdruck notwendig; da die restierenden Zellen der gewundenen Kanälchen konzentriertere Salzlösungen auszuscheiden haben, ist, um sie nicht ermüden zu lassen, eine stärkere Wasserdurchspülung notwendig. Die über die Norm vermehrte Wasserausscheidung bei Schrumpfniere ist der hauptsächlichste Kompensationsvorgang und bedingt vor allem die Herzhypertrophie. Zur Erhöhung des Blutdruckes im Nierensystem werden die übrigen kleinen Arterien des Körpers kontrahiert; die Hypertrophie der kleinen Gefäfse ist

also auch eine Arbeitshypertrophie. (Kranke Gefäfse können wohl die Ursache einer Nierenerkrankung darstellen, meist sind sie aber die Folge, indem die dauernd unter stärkerem Drucke gehaltenen Gefäfse entarten.) Der Haupteffekt der Drucksteigerung kommt so dem geschädigten Organ zu Gute; eine anders zu Stande kommende Drucksteigerung, welche dasselbe erreichen soll, wäre eine ungeheure Kraftverschwendung und würde den übrigen Körper, welcher diese Steigerung nicht braucht, unnötig schädigen. — Die letzte Ursache der kompensatorischen Herzhypertrophie ist wohl in der Anwesenheit blutdrucksteigernder harnfähiger Stoffe im Blute zu suchen. Niere und Herz scheiden den Harn aus, bis zu einem gewissen Grade kann ein Organ das andere vertreten. von Notthafft-München.

Über das Auftreten von Nierenelementen bei schweren inneren Darmstenosen und bei eitriger Peritonitis. Von R. v. Engel. (Prager med. Wochenschr. 1899, Nr. 14.)

Verf. fand bei 4 Fällen von innerer Inkarceration im Urin vorübergehend zahlreiche hyaline Cylinder und bei zwei von diesen Fällen aufserdem noch Nierenepithelien. Bei zwei weiteren Fällen von inkarcerierter Hernie war der Harn frei von abnormen Bestandteilen, dagegen fanden sich bei zwei Fällen von eitriger Peritonitis zahlreiche Cylinder. Makroskopisch waren die Nieren intakt, auch mikroskopisch konnte bei einem der ersteren Fälle nichts abnormes gefunden werden. v. E. ist der Ansicht, dafs es sich bei derartigen Fällen um eine Schädigung der Niere infolge nervöser, reflektorischer Vorgänge und infolge Steigerung des abdominalen Druckes handele.

Dreysel-Leipzig.

Eklampsie mit völliger Anurie. Von Czempin. (Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin 1899, 24. Nov.)

C. führt zwei Fälle von Eklampsie bei Schwangeren mit tiefem Coma und völliger Anurie an, bei denen trotz rascher Beendigung der Geburt — einmal Kaiserschnitt, einmal künstliche Frühgeburt — der Tod eintrat.

Dreysel-Leipzig.

Polyuria of pregnancy. Von W. Krusen. (Philadelphia Obstetric. Soc. 1900, 3. Mai.)

K. berichtet über eine mit Zwillingen schwangere Frau, die an mehreren aufeinander folgenden Tagen ohne nachweisbare Ursache über 6000 g Urin entleerte. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall schwerer Urämie geheilt durch Aderlafs. Von R. v. Hösslin. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 27.)

Ein Fall von akuter Nephritis, bei welchem es zu beginnendem Lungenödem, Steigerung der Respiration auf 40, des Pulses auf 160, Abnahme der Reflexerregbarkeit, Incontinentia alvi et urinae und fast völliger Bewufstlosigkeit, dann zuletzt zum eklamptischen Anfall mit Konvulsionen im Facialisgebiete, tiefer Bewufstlosigkeit, livider Verfärbung des Gesichtes, zu einem nicht mehr zählbaren Radialispuls, Amaurose und Trachealrasseln ge-

kommen war, so dafs der Kranke den Eindruck eines Sterbenden machte. Die Herzreizmittel versagten. Aus beiden Venae medianae wurden daher im ganzen ca. 400 ccm Blut entleert. Die sonst folgende Kochsalzinfusion mufste wegen zu grofser Abwehrbewegungen des Kranken unterbleiben. Von dem Augenblicke an besserte sich das Befinden des Patienten. Die weitere Besserung und Heilung der Urämie vollzog sich in etwa 8 Tagen unter dem Einflufs von Digitalisinfusen (anfangs 3stündl. 1:150). Nach 4 Wochen war auch die Nephritis geheilt. v. Hösslin glaubt daher, dafs die Nephritis und die restierenden urämischen Erscheinungen durch die Digitalis zum Verschwinden gebracht wurden, indem die eintretende Steigerung des Blutdruckes eine Steigerung der Diurese herbeiführte, und die unter dem Einflufs der Nephritis und Urämie zu stande gekommene, auf Herzinsufficienz zurückzuführende Stauung in den Nieren, welche wieder die Nephritis unterhielt, beseitigt wurde. Diese Digitaliswirkung war aber erst möglich, nachdem durch den Aderlafs die momentane Lebensgefahr beseitigt worden. — Der Fall lehrt ferner, dafs die volle Wirkung des Aderlasses eintreten kann, auch wenn der letztere nicht von einer Kochsalzinfusion gefolgt ist.

von Notthafft-München.

Über Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. Von W. Stoelzner. (Deutsche med. Woch. 1899, Nr. 37.)

St. hat 76 rachitische Kinder mit Nebennierentabletten behandelt und im allgemeinen gute Resultate erzielt. Das Allgemeinbefinden besserte sich rasch und beträchtlich, der Durchbruch der Zähne wurde befördert, Gehen und Stehen leichter erlernt. Die Weichheit des Thorax schwand rasch, weniger günstig wurden die übrigen Abnormitäten der Knochen beeinflufst. Der Glottiskrampf blieb meist unverändert. Die Besserung macht am Anfang der Behandlung rasche, später langsamere Fortschritte.

Dreysel-Leipzig.

Three cases of removal of the suprarenal capsula. Von M. Robson. (67th annual meeting of the british med. assoc., Portsmouth 1899, 1.—4. Aug.)

Bei den drei von R. citierten Fällen handelt es sich einmal um Struma lipomatosa, zweimal um Sarkom. Bei einem Falle wurde die Niere mit entfernt, bei einem anderen am oberen Pole ein Keil excidiert.

Fälle von Nebennierengeschwülsten finden sich nur wenige in der Litteratur erwähnt (im ganzen 9). Die Diagnose ist schwierig; als wichtigstes Symptom hebt R. Schulterschmerz und ausstrahlende Schmerzen in Leib und Rücken hervor. Pigmentationen der Haut waren bei keinem der vom Verf. erwähnten Fälle vorhanden, wahrscheinlich wegen der Einseitigkeit des Leidens.

Dreysel-Leipzig.

A family with Addisons disease. Von R. A. Fleming and J. Miller. (British Med. Journ. 1900, 28. Apr.)

Bei der Mutter in der von Verff. beobachteten Familie begannen sich

Pigmentationen während der ersten Schwangerschaft vor etwa 7 Jahren zu zeigen, die mit den weiteren Graviditäten mehr und mehr zunahmen; dazu gesellten sich noch Magen- und Darmbeschwerden, Ohnmachts- und Schwindelanfälle. Die 4 Kinder, von denen das älteste 7, das jüngste $2^1/_2$ Jahr al ist, bieten ähnliche Erscheinungen wie die Mutter dar, und zwar sind diese bei dem ältesten am stärksten und bei dem jüngsten am schwächsten entwickelt. Verff. wollen es nicht als absolut sicher hinstellen, dafs bei den genannten Fällen Morb. Addisonii vorliege, sie halten es aber für nicht unwahrscheinlich, dafs in der Familie Tuberkulose bestehe, und dafs diese die Nebennieren ergriffen habe. Dreysel-Leipzig.

Movable kidney from the standpoint of the general practitioner. Von A. Marcy. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5. bis 8. Juni.)

Bei der Ätiologie der Wanderniere spielt nach M. die Absorption des perirenalen Fettes eine wichtige Rolle. Die Untersuchung in aufrechter Stellung giebt die zuverlässigsten Resultate. Die ideale Behandlung ist die chirurgische. Dreysel-Leipzig.

Über grofscystische Degeneration der Nieren und der Leber. Von Steiner. (Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 41.)

Die 5 vom Verf. beobachteten Fälle gehören zwei Familien an. Die Schlufsfolgerungen St.s lauten: Bei der cystischen Degeneration der Nieren spielt die Heredität eine grofse Rolle. Die Anlage der Tumoren ist eine embryonale; das Wachstum beginnt im mittleren Lebensalter und zwar nicht gleichzeitig in beiden Nieren. Eine strenge Unterscheidung zwischen angeborener und erworbener Cystenniere ist nicht möglich. Therapeutisch sind chirurgische Eingriffe nicht empfehlenswert: die Behandlung mufs die gleiche wie bei Schrumpfniere sein. Dreysel-Leipzig.

Über Harnsteine. Von Klemperer. (Berliner Verein f. innere Med. 1900, 3. Juli.) K. demonstriert Harnsteine, welche aus Harnsäure und kohlensaurem Kalk bestehen. Vor 2 Jahren hatte die Kranke unter Nierenkoliken Steine, die aus reiner Harnsäure bestanden, entleert und war deshalb einer Behandlung mit kohlensaurem Kalk unterworfen worden. Hieraus erklärt sich die oben erwähnte Zusammensetzung der Steine.

Dreysel-Leipzig.

Fall von perinephritischer Urinextravasation traumatischen Ursprunges; Laparotomie, Heilung. Von P. Nayoud. (Revue Mens. des Mal. de l'Enfance 1900, März.)

Der Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen, das von einem Wagen überfahren worden war. Nach dem Unfall stellten sich heftige Schmerzen im Abdomen und Anschwellung desselben ein; letztere ging bald zurück. Im Urin wurden 2 mal Spuren von Blut nachgewiesen, doch bestanden irgendwelche Störungen bei der Urinentleerung nicht. 6 Wochen später war im Abdomen links unten ein Tumor zu konstatieren, der die falschen Rippen nach aufwärts drängte und dessen innerer Rand bis zur Medianlinie reichte.

Der Tumor war hart, unbeweglich, die Haut über ihm verschieblich, er zeigte Fluktuation. N. machte eine 10 cm lange Incision links von der Mittellinie, legte den Tumor frei, der mit der linken Niere im Zusammenhang stand, und eröffnete ihn. Es entleerten sich ca. 3 l urinähnlicher Flüssigkeit; Drainage. Nach 2 Wochen hatte sich die Fistel geschlossen.

Dreysel-Leipzig.

Über die Zusammensetzung von Nierensteinen. Von Spiegel. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 27.) **Um ein möglichst genaues Bild von der Zusammensetzung der Harnsteine zu bekommen, hat Verf. eine gröfsere Anzahl von Konkrementen in der Weise untersucht, dafs er sie mit der Laubsäge mediär durchschnitt und die verschieden erscheinenden Schichten gesondert chemisch untersuchte, und zwar erstreckte sich die Untersuchung in qualitativer Hinsicht auf alle häufiger beobachteten Bestandteile. Von 44 Steinen bezw. 55 getrennt untersuchten Steinschichten zeigten einen einzigen chemischen Bestandteil nur 6 ganze Steine (Phosphat 2, Harnsäure 1, Xanthin 1, Cystin 2) und 3 äufsere Krystallschichten (Oxalat.) Nachfolgende Tabelle zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Bestandteile:**

Wesentlicher Bestandteil	Gesamtzahl	Beimengungen							
		Oxalat	Phosphate	Carbonate	Sulfate	Urate	Harnsäure	Xanthin	Cystin
Oxalat	14	—	10	10	2	3	—	4	4
Phosphate	14	1	—	12	—	4	2	5	2
Carbonate	1	—	1	—	—	—	—	1	—
Urate	2	1	1	1	—	—	—	1	2
Harnsäure	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Xanthin	1	—	1	1	—	—	—	—	—
Cystin	2	—	1(?)	—	—	—	—	—	—
Oxalat und Phosphate	5	—	—	2	—	1	—	1	1(?)
Oxalat und Urate	4	—	3	3	—	—	1	3	2
Phosphate und Carbonate	2	—	—	—	1	—	—	1(?)	1
Phosphate und Urate	2	1	—	2	—	—	1	1	1
Phosphate und Xanthin	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Urate und Xanthin	2	—	—	—	—	—	2	—	—
Urate und Harnsäure	2	1	2	1	—	—	—	2	—
Urate, Xanthin und Harnsäure	1	—	—	1	—	—	—	—	1
Oxalat, Phosphate und Urate	1	—	—	1	—	—	—	1(?)	—

Die teilweise sehr auffällige Schichtung läfst an die Möglichkeit denken, dafs Änderungen der Harnzusammensetzung im Gefolge von Trinkkuren dabei wirksam gewesen sein mögen, eine Hypothese, die durch die klinische Beobachtung bis zu einem gewissen Grade gestützt wird.

Paul Cohn-Berlin.

Nephroureterocystectomy. Von H. A. Kelly. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 5.—8. Juni 1900.)

Es handelte sich bei dem von K. angeführten Falle um eine Tuberkulose der linken Niere, des linken Ureters und der angrenzenden Teile der Blase. K. machte zwei Incisionen, eine in der Regio lumbalis und eine in der Medianlinie des Abdomens, und entfernte Niere, Ureter und die erkrankte Blasenpartie. Der Erfolg war zunächst ein guter; später erfolgte jedoch Ruptur der Blase und tödtliche Peritonitis. Dreysel-Leipzig.

Nephrectomies pour tuberculose rénale et pour l'hydronephrose calculeuse. Von Bazy. (Presse méd. 1900, S. 19 u. S. 31. Soc. de chirurg. 11. Juli u. 18. Juli.)

Bei allen Pat. wurde vorher die richtige Diagnose auf Grund der klinischen Symptome und der Methylenblaureaktion ohne Ureterenkatheterismus gestellt.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Sur la tuberculose rénale. Von Delbet, Walther, Reynier (La Presse Méd. Nr. 50, 23. Juni 1900.)

In der Debatte (nach Bazys Vortrag am 20. Juni) erklärt Delbet, dafs er selbst noch nicht die Katheterisierung der Ureteren ausgeführt habe, dafs er aber in zahlreichen unklaren Fällen Schüler Albarrans damit betraut habe; er kann sich nur lobend über den Erfolg aussprechen; Walther schliefst sich durchaus D. an. Reynier schätzt diese Untersuchungsmethode auf das höchste, doch meint er mit Bazy, dieselbe sei nicht immer leicht, manchmal gar nicht anwendbar und zuweilen ausgesprochen gefährlich.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Zur Symptomatologie und Pathologie der malignen Adenome der Nebennieren. Von L. Burkhardt. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1900, März.)

Maligne Tumoren der Nieren können sich von versprengtem Nebennierengewebe aus entwickeln. Verf. führt 4 derartige Fälle an. Die Symptome sind, solange die Tumoren noch reine Adenome darstellen, sehr unbedeutende. Die Geschwülste können eine beträchtliche Gröfse erreichen, ehe sie einen malignen Charakter annehmen. Rapides Wachstum, Hämaturie sind Zeichen, dafs Malignität eingetreten ist; letztere beginnt, wenn der Tumor die fibröse Kapsel der Niere durchbricht. Die einzige Behandlung, die Aussicht auf Erfolg hat, ist die frühzeitige Exstirpation der Niere. Die Geschwülste stellen anfangs reine Adenome dar, später sind sie den Karcinomen zuzurechnen. Ihre Malignität ist eine beträchtliche; zur Beobachtung kommen sie zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre. Metastasen kommen auf dem Wege der Lymphgefäfse und beim Eindringen des Tumors in ein Gefäfslumen, auch auf dem Wege der Blutbahnen zu stande.

Dreysel-Leipzig.



Demonstration eines seltenen (teratoiden) Nierentumors. Von Krönlein. (Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Chir., XXIX. Kongr. 1900, 18.—21. April.)

K. exstirpierte bei einer 37jährigen Frau die in einen kindskopfgrofsen Tumor umgewandelte rechte Niere. Es handelte sich um ein teratoides Cystom. Den Inhalt bildeten cholastearinhaltige Massen; die Cystenwand bestand aus dickem, periostähnlichem Bindegewebe, aus Knochen und Knochenmark. Muskeln und Nervenelemente wurden nicht gefunden. Der Fall ging in Heilung über. Dreysel-Leipzig.

Six cases of malignant renal tumors in childhood. Von H. Rehn. (Festschrift in honor of A. Jacobi 1900, 6. Mai.)

Die 6 Fälle betreffen 4 Mädchen und 2 Knaben; 3 der Kinder waren 1—2 Jahre, das älteste 11 Jahre alt. Die Heredität schien bei den Fällen keine Rolle zu spielen. Hämaturie war nur einmal, Albuminurie keinmal vorhanden gewesen. Wie die Sektion ergab, handelte es sich dreimal um Sarkom, zweimal um Karcinom; bei einem Falle war Autopsie nicht gestattet worden. Dreysel-Leipzig.

3. Erkrankungen der Harnblase und der Harnleiter.

Rôle du nerf érecteur sacré dans la miction normale. Von. Guyon. (Presse méd. 1900, S. 36. Soc. de biologie, 21. Juli.)

Dieser Nerv spielt beim Akt des Urinierens eine wichtige Rolle, nicht nur als motorischer, sondern auch als sensibler. Das Reflexcentrum desselben liegt in der Medulla oblong. Der N. sympathicus spielt bei diesem Akte keine Rolle. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Catheterization of the healthy ureter through an infected region. Von H. Lilienthal. (J. of cut. and genito-ur. dis. 1900, S. 108.)

Bei einem 40jährigen Pat., der mehrfach an Gonorrhoe gelitten hatte, wurde wegen Verdachtes auf Nierentuberkulose eine Ureterensondierung vorgenommen. Einige Zoll über der rechten Ureterenmündung stiefs man auf ein unpassierbares Hindernis, so dafs man von der Untersuchung Abstand nahm; 2 Tage später wurde der Pat. mit den Erscheinungen einer schweren Sepsis eingeliefert. Man fand in der rechten Regio iliaca einen grofsen wurstförmigen Tumor entsprechend dem rechten Ureter. Es handelte sich offenbar um eine im Anschlusse an den Ureterenkatheterismus entstandene Entzündung des Ureters. Durch Kataplasmen und Diurese wurde der Pat. nach einigen Wochen geheilt. In Anschlufs an diesen Fall bespricht L. sehr eingehend die Gefahren des Ureterenkatheterismus, bei aller Anerkennung seines hohen diagnostischen Wertes, und mahnt für die Fälle, wo der Ureterenkatheterismus nach Kelly nicht ausführbar ist und wo die Möglichkeit vorliegt, dafs man infizierte Strecken passiert, zur gröfsten Vorsicht.



Im Anschlufs an diesen Vortrag teilt W. K. Otis mit, dafs er zur Katheterisation des Ureters beim Weib ein Instrument konstruiert habe, ähnlich einem gewöhnlichen Urethroskoptubus mit stumpfem Rand, dessen eines Ende durch einen beweglichen Glasdeckel geschlossen werden kann. Der Tubus wird geschlossen in die Blase eingeführt, das Ende auf die Ureterenöffnung aufgesetzt, dann der Glasdeckel geöffnet und der Urin mittelst eines Gummiballens angesaugt. Das Instrument soll noch verbessert werden.

Kaufmann-Frankfurt a. M. (Homburg v. d. H.)

Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Internationalen medizinischen Kongrefs zu Paris vom 2.—9. August 1900)

von

Professor Dr. **Ernst Küster** in Marburg.

M. H. Es ist mir die Ehre zu teil geworden, als erster über einen Gegenstand berichten zu dürfen, welcher in den letzten Jahren innerhalb des Gebietes der Nierenchirurgie eine immer steigende Bedeutung gewonnen hat; und nicht zum wenigsten durch die Bemühungen und Arbeiten unseres sehr verehrten Vorsitzenden, des Herrn Professors Guyon und seiner Schule. Aber bevor ich auf das Thema „Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere“ eingehe, liegt es mir am Herzen, um allen Mifsverständnissen vorzubeugen, zunächst eine Erklärung abzugeben, welche allerdings eine gewisse Polemik gegen zwei von mir sehr hoch verehrte Männer, die Herren Guyon und Albarran, enthält. Wie wohl den meisten von Ihnen bekannt sein wird, habe ich in einer im Jahre 1888 erschienenen kleinen Arbeit vorgeschlagen, die Hydronephrosen und Pyonephrosen unter dem gemeinsamen Namen der Sackniere, Cystinephrosis zusammenzufassen. Gegen diesen Vorschlag haben sich die genannten Herren in aller Schärfe ausgesprochen, Albarran nennt ihn sogar „une confusion regrettable“.

Wenn ich bisher gezögert habe diese Angriffe zu beantworten, so kann ich doch nunmehr nicht umhin, ihnen Rechnung zu tragen. Zunächst mufs ich freilich zugeben, dafs ich damals, den überall herrschenden Anschauungen entsprechend, die se-



kundäre Stauung nicht genügend scharf von der primären Stauung unterschieden habe; allein hiervon abgesehen, mufs ich auch heute noch an den Ausführungen jenes Aufsatzes durchaus festhalten.

Es ist doch ganz unmöglich, ein Krankheitsbild nur aus dem Grunde zu zerreifsen, weil eine eitrige Form vorkommt; würden wir in gleicher Weise z. B. beim Nierenechinococcus verfahren, so würden gleichfalls zwei gänzlich verschiedene Krankheiten herauskommen. Und bei den zwei Formen der Hydro- und Pyonephrose ist man nicht einmal stehen geblieben. Guyon und Albarran haben bereits eine dritte, eine intermediäre Form, die Uropyonephrose, anerkannt; und wenn wir auf dem Wege fortfahren die Krankheiten nur nach dem Sackinhalte zu scheiden, so würden, je nachdem der Sack Blut, oder einen schmierigen, oder trockenen Brei enthält, noch weitere 3—4 Formen mit besonderen Namen aufgestellt werden müssen. Das ist offenbar ein durchaus falscher Weg, der in Gestrüpp und Dornen endigt, ein Weg, der weitab liegt von einer pathologisch-anatomischen Auffassung der Dinge.

Wir unterscheiden, abgesehen von der Tuberkulose, zwei Gruppen der Niereneiterungen:

1. die Pyelonephritis, welche gelegentlich zu einer sekundären Stauung, aber immer mit gleichzeitiger Zerstörung der Niere führt und die wir dann „Empyem des Nierenbeckens“ oder bei vorwiegender Beteiligung des Nierenparenchyms „Nierenabscefs“ nennen;

2. die Pyonephrose, welche aus der Infektion eines durch primäre Stauung entstandenen Nierensackes hervorgeht. Da hier die Eiterung nur als ein neues Symptom zu dem bisherigen Krankheitsbilde hinzutritt, so haben wir alle Berechtigung, das Gesamtleiden als Sackniere, Cystinephrosis zu bezeichnen. Nur diese kommt für unsere Besprechung in Betracht, da bei dem Empyem des Nierenbeckens und dem Nierenabscefs erhaltende Methoden nur ganz ausnahmsweise am Platze sind.

Die Hindernisse, welche zur Aufstauung eines aseptischen Urins im Nierenbecken führen, haben ihren Sitz fast ausschliefslich im Harnleiter; denn wenn auch Erkrankungen der Blase und der Harnröhre gelegentlich zu Stauungen Anlafs geben, so

führen diese doch viel häufiger, fast ausschliefslich, zur Pyelonephritis und nicht zur Hydronephrose. Aus diesem Grunde werden wir die Abflufshindernisse an der Einmündungsstelle des Harnleiters in die Blase bei unserer Besprechung übergehen. Im übrigen Teile des Harnleiters ist es vorwiegend der Übergang von diesem zum Nierenbecken, in welchem die Hindernisse gelegen sind; und zwar ist diese Stelle sowohl bei angeborener, als bei erworbener Sackniere bevorzugt. Bei angeborener Sackniere tritt das Hindernis in Form von ringförmigen Narben und klappenartigen Falten auf. Hierzu kommen bei erworbener Sackniere, zumal für die grofse Gruppe der durch Wanderniere erzeugten, die Biegungen und winkligen Knickungen des Kanals. Endlich sind hierher die im Harnleitereingang und im Harnleiter eingeklemmten Steine zu rechnen. Alle diese so sehr verschiedenen Hindernisse erfordern zu ihrer Beseitigung sehr verschiedenartige Eingriffe, wie sie in der immer noch nicht erheblichen Anzahl von Krankengeschichten verzeichnet sind, welche uns über plastische Operationen wegen renaler Verhaltungen zu Gebote stehen.

Die Zeit ist freilich noch kurz, seit man zum ersten Male dem Gedanken Raum gab, durch einen Eingriff am Harnleiter die entsprechende Niere zu erhalten. Die erste derartige Operation machte Trendelenburg im Jahre 1888; und zwar drang er auf transperitonealem Wege gegen die Niere vor. Seine Kranke erlag indessen an Ileus. Den ersten glücklichen und zwar lumbalen Eingriff unternahm ich im Jahre 1891; dann folgen Fenger, Weller van Hook (beide 1893), Kelly und Bardenheuer (1894). In neuester Zeit hat sich an dem Ausbaue dieses Verfahrens ganz besonders lebhaft die französische Chirurgie beteiligt.

Die 21 Operationen, welche, mit Ausschlufs der Steine im Harnleiter, bis jetzt veröffentlicht worden sind, wurden nach sehr verschiedenen Grundsätzen ausgeführt. Nur bei dreien derselben kam der transperitoneale Schnitt zur Anwendung (Trendelenburg, Helferich-Enderlen und Bazy), von denen nur 1 Fall heilte, während die anderen beiden starben; von den übrigbleibenden 18 Fällen, die auf lumbalem Wege operiert wurden, heilten 17 vollständig und bei einem (Weller van Hook) wurde

nach vollendeter Plastik sofort zur Nephrektomie übergegangen, weil eine vorher übersehene zweite Striktur des Harnleiters entdeckt worden war.

Wenn wir uns zunächst mit den nicht durch Steine hervorgerufenen Hindernissen beschäftigen, so können wir folgende drei Gruppen von Operationen unterscheiden, welche bisher zu deren Beseitigung in Anwendung gezogen sind:

A) Operationen zur Veränderung der Form des Nierenbeckens.

Es handelt sich fast ausschliefslich um Sacknieren, welche durch Verlagerung des Organs erzeugt worden sind und welche in den meisten Fällen die Form der intermittierenden Hydronephrose angenommen haben. Hier gehört es zu den gewöhnlichen Erscheinungen, dafs einzelne Teile des Nierenbeckens sich erheblich stärker erweitern, als andere, so dafs dieselben sich blindsackartig aus ihrer Umgebung hervorheben.

Die Verfahren zur Beseitigung dieses Zustandes sind folgende:

1. Die Nephropexie, von Guyon im Jahre 1889 vorgeschlagen, gestattet den verbogenen Harnleiter zu strecken und die Hindernisse für den Urinabflufs zu beseitigen.

2. Die Harnleiterstreckung im engeren Sinne, die Ureterolysorthosis nach Rafin (Verrière) besteht in der operativen Lösung des in seiner Verkrümmung festgewachsenen Harnleiters, welcher demnächst durch Nephropexie in normaler Stellung festgehalten wird.

3. Die Beckenfaltung, Pyeloplicatio, besser Pyeloptyxis nach J. Israel. Das eröffnete und genau abgetastete Nierenbecken wurde durch mehrere Nahtreihen geschlossen in der Weise, dafs zunächst die erste Nahtreihe, ohne die Schleimhaut zu beteiligen, die äufsere Sackfläche nach Art Lembertscher Nähte aneinander fügte. Die folgenden Nahtreihen brachten weiter ausgreifend immer neue Teile der Sackwand in Berührung, so dafs die Ausbuchtung aufsen verschwinden, dafür aber innen ein Vorsprung entstehen mufste. Zugleich wurde auch die Umgebung der Harnleitermündung durch einige Nähte beeinflufst.

In ähnlicher Weise verfuhr Albarran; er nennt sein Verfahren Capitonnage, Unterpolsterung. In einem zweiten Falle schnitt er ein gröfseres Stück des Nierenbeckens aus und vernähte den Schnitt.

Diese verschiedenen Operationsweisen sind zwar alle verwendbar, aber doch in sehr verschiedenem Umfange. Die einfache Nephropexie heilt eine gröfsere Zahl beginnender, oder bereits ausgeprägter Sacknieren, bei denen aber wenigstens der Harnleiter noch leicht gestreckt werden kann. Ist letzterer aber bereits auf der Unterlage oder mit der Sackwand verwachsen, so gewährt Rafins Verfahren noch die Möglichkeit, eine Streckung vorzunehmen. Ob diese für sich allein einen Erfolg erzielen könne, das läfst sich bei starker Erhebung der Niere mit einiger Wahrscheinlichkeit beurteilen; denn die Heilung kann nur eintreten, wenn nach der Streckung der Inhalt des Nierenbeckens vollkommen abfliefst. Geschieht das nicht, so ist zur Beseitigung des Hindernisses eins der später zu nennenden Verfahren in Betracht zu ziehen.

Was die Beckenfaltung anbetrifft, so kann diese für sich allein in nur wenigen Fällen etwas nützen. Denn bleibt ein Hindernis bestehen, so wird das Becken bald genug sich von neuem dehnen; und besteht kein Hindernis, so wird die Harnleiterstreckung für sich allein genügen, um eine allmähliche Zusammenziehung des Sackes zu bewirken. Nur wenn die Ausbuchtung bereits sehr alt ist und wenn infolge dessen die Sackwandmuskulatur Schaden gelitten hat, selbst vollständig zu Grunde gegangen ist, kann die Verkleinerung des Beckens durch Faltung oder Ausschneidung der Wand in Frage kommen.

Die Ausschneidung des Sackes ist auch bei der Hydronephrose in Hufeisennieren in Betracht zu ziehen. Ich operierte einen solchen Fall im Jahre 1893 auf lumbalem Wege mit vollem Erfolge so, dafs der ganze Sack bis auf 2 kleine Lappen ausgeschält und abgetragen, die Lappen aber miteinander vernäht wurden. Duret verfuhr in ähnlicher Weise, nur mit transperitonealem Vorgehen. Sein Kranker starb und die Sektion deckte einen Blasenkrebs auf.

B) Anastomosenbildung.

Auch hier haben wir 3 Unterformen zu unterscheiden.

1. Anastomosenbildung zwischen zwei Bezirken desselben Harnleiters, Uretero-Ureterostomie nach Kelly. Nach C. Fenger wurde die Operation im Jahre 1892 in folgender Weise ausgeführt: Bei Gelegenheit einer Hystero-Myomektomie war der eine Harnleiter unterbunden und durchschnitten worden. Kelly suchte die beiden Stümpfe auf, schlitzte den unteren Stumpf ein wenig, führte das obere in das untere Ende ein und verband sie durch einige Nähte, welche nur die Adventitia durchdrangen.

2. Anastomosenbildung zwischen Harnleiter und Nierenbecken, Ureteropyelostomie kommt bei zu hoher Einmündung des Harnleiters in das Nierenbecken mit gleichzeitiger Anlötung des Harnleiters an die Sackwand in Frage. Mittelst eines geknöpften Messers spaltet man vom Innern des Hohlraumes aus Sackwand und Harnleiter zugleich, und zwar von der Einmündungsstelle des letzteren bis auf den tiefsten Punkt des Sackes. Sodann vernäht man mit einer Nahtreihe jederseits die Schleimhaut des Harnleiters mit derjenigen der Sackwand. Es bleibt ein weit offener Trichter, durch welchen aller Harn bequem abfliefst.

Operationen dieser Art machten Trendelenburg, Bardenheuer, Helferich und Albarran.

3. Anastomosenbildung zwischen Nierenbecken und Blase, Cystipyelostomie, Nephrocystanastomose (Reisinger). Auf dem Chirurgen-Kongresse von 1900 zu Berlin machte Reisinger-Mainz Mitteilung über einen Fall von Hydronephrose in einer vor dem Promontorium und dem Kreuzbein gelegenen Niere. Die Diagnose wurde erst nach Eröffnung des Leibes gestellt, zunächst eine abdominale Nierenbeckenfistel angelegt, später eine Verbindung zwischen der letzteren und der nur 3 cm entfernten Blase mittelst einer Doppelnaht hergestelltt. Die Heilung erfolgte und der Kranke war fortan frei von allen Beschwerden.

Für diese Gruppe von Operationen ist zu bemerken, dafs sie überall da gerechtfertigt sind, wo man im Stande ist die Bildung toter Räume zu vermeiden; ist das aber nicht möglich, so ist der Eingriff verwerflich, weil er unfehlbar zur Ablagerung von Harnsalzen und zur Steinbildung führen mufs.

C. Plastische Operationen mit und ohne Harnleiterresektion.

Auch hier lassen sich wiederum mehrere Formen unterscheiden:

1. Durchschneidung des verengernden Gewebes in der Richtung des Kanales. Gewöhnlich handelt es sich um Klappenbildung und spaltförmige Verziehung der Harnleitermündung; nur in einem Falle scheint Fenger auch eine narbige Harnleiterverengerung in gleicher Weise behandelt zu haben.

Der freie Rand der Klappe wird mit dem geknöpften Messer bis zur Wiederherstellung der Lichtung eingeschnitten. Gerster wiederholte diesen Einschnitt an 3 verschiedenen Stellen. Dann wurde nach der für den Magen erdachten Methode von Heinecke-Mikulicz die Wunde von oben nach unten vernäht, so dafs Nierenbeckenschleimhaut an Harnleiterschleimhaut gefügt wurde. — Nach dieser Methode operierten Bardenheuer, Israel, Küster, Gerster und H. Morris je einmal, Fenger 3 mal.

2. Resektion des Harnleiters und Vereinigung der Stümpfe durch die Naht. In dieser Form ist die Operation noch nicht gemacht worden, wahrscheinlich aus Furcht vor einer später eintretenden Verengerung. Immerhin sind Fälle denkbar, in welchen kaum etwas anderes übrig bleibt, wenn man nicht die Niere opfern will, z. B. bei zweifacher Striktur des Harnleiters. Man würde dann aber die Resektionsschnitte schief auf die Längsachse des Kanals zu legen haben, um eine etwa später wiedereinsetzende Verengerung auf verschiedene Ebenen des Harnleiterquerschnittes zu verteilen und dadurch unschädlich zu machen.

3. Resektion des Harnleiters und Einfügung des unteren Stumpfes in das Becken, Pyeloneostomie nach Küster. Die Methode ist nur auf hochgradige Harnleiterverengerungen anwendbar, welche ihren Sitz dicht unterhalb des Nierenbeckens haben. Der enge Teil des Harnleiters wird quer reseziert, der untere Stumpf soweit gelockert, dafs er bequem durch eine Schnittöffnung in das Nierenbecken hineingezogen werden kann, dann an der Vorderseite 1—1$^1/_2$ cm lang geschlitzt, der Stumpf auf der Hinterfläche des Nierenbeckens ausgebreitet und durch Nähte

befestigt. Ebenso wird die Öffnung im Nierenbecken behufs Durchtrittes des Harnleiters wieder geschlossen und mit der Harnleiterwand vernäht. Die trichterförmige Harnleiteröffnung liegt dann am tiefsten Punkte des Nierenbeckens. Zur Lendenwunde wird ein Drain nach aufsen geführt.

Die Operation ist nach dem Vorgange Küsters von Bazy, Delbet, Bardenheuer und Weller van Hook ausgeführt worden, von letzterem allerdings nur so, dafs er unmittelbar an die Vollendung der Plastik die Nephrektomie anschlofs. Die übrigen 4 Fälle wurden geheilt.

Nach ausführlicher Darlegung der Operationen, welche durch Narben, Klappen und Knickungen im Harnleitereingange und im Harnleiter selber notwendig werden, können wir uns über die viel einfacheren Verhältnisse, wie sie durch einen im Harnleiter festsitzenden Stein geschaffen werden, erheblich kürzer fassen. Ist einmal der Sitz des Steines festgestellt worden, so bleibt nur übrig, ihn entweder nach unten in die Blase, oder nach oben ins Becken zu verschieben, oder ihn durch einen Schnitt in die Harnleiterwand freizulegen und herauszuziehen. Ersteres, die Verschiebung des Steines nach unten, ist meines Wissens bisher noch niemals gelungen, auch dürfte dies wohl nur in seltenen Ausnahmsfällen zu erwarten sein. Dagegen ist es nach Israels Vorgange einige Male geglückt, den Stein einfach den Weg wieder zurücklegen zu lassen, den er vom Becken her bereits gemacht hatte. Zu diesem Zwecke, wie auch für die nachfolgende Operation ist die Anlegung eines langen Schnittes durch die seitliche und vordere Bauchwand notwendig, um das Bauchfell weithin ablösen und den Harnleiter in seinem Verlaufe übersehen zu können. Unterhalb des sicht- und fühlbaren Steines umfafst man dann den Kanal von beiden Seiten und sucht jenen vorsichtig und ohne Gewalt nach oben zu verdrängen. Weicht er, so fährt man mit den Druck- und Schiebebewegungen so lange fort, bis der Stein im Nierenbecken erscheint, dort mit einer Zange erfafst und ausgezogen werden kann. — Ist derselbe aber zu fest eingeklemmt, so spannt man die Harnleiterwand mit linkem Daumen und Zeigefinger, schneidet zwischen diesen in

der Längsrichtung ein, bis der Stein freiliegt, und drückt oder zieht ihn aus. Es darf dann niemals versäumt werden, durch Einführen einer Sonde nach der Blase hin sich davon zu überzeugen, ob der Weg nach dieser Richtung frei ist. Wäre dies der Fall, so würde man den Längsschnitt sofort wieder durch einige Knopfnähte schliefsen können, welche aber die Schleimhäute nicht mit umfassen dürften.

Nach einer mir von H. Morris mündlich gemachten Mitteilung hat derselbe einen im unteren Ende des Harnleiters fest eingeklemmten Stein auf sakralem Wege zugängig gemacht und ausgezogen.

Eine der gröfsesten Schwierigkeiten für die Durchführung der vorstehend geschilderten Operationen liegt in den Hindernissen, welche sich der Auffindung der Einmündungsstelle des Harnleiters in das Becken widersetzen. Nun hat nach Boccard im Jahre 1896 Jaboulay eine eigenartige Nephrotomie gemacht, der Art nämlich, dafs er den eröffneten Sack von innenher packte, nach aufsen hervorzog, also völlig umstülpte und in dieser Lage durch einige Nähte festhielt. Die Heilung erfolgte bis auf eine feine Fistel. So wenig nachahmungswert uns dies Verfahren an sich erscheint, so zeigt es doch in der leichten Umstülpbarkeit des Hydronephrosensackes den einzuschlagenden Weg. Im Jahre 1899 hat denn auch Fenger ein Verfahren zur Aufsuchung des Harnleiters mitgeteilt, welches dem Verfahren Jaboulays im Prinzipe vollkommen gleicht. Man soll, so lehrt er, nach dem Lendenschnitte den Sack schrittweis hervorziehen und umdrehen; insbesondere, so fügen wir hinzu, wird man an der medialen Sackwand zu suchen haben. Bei diesem schrittweisen Vorgehen ist die Harnleitermündung nicht leicht zu übersehen. Schlimmsten Falls würde man versuchen können, sich den Harnleiter von hintenher freizulegen, ihn bis ans Nierenbecken zu verfolgen und dadurch den Punkt zu bestimmen, an welchem man auf der Innenseite zu suchen hätte. In die gefundene Harnleitermündung ist eine Sonde einzuführen, welche Sitz und Art des Hindernisses feststellt.

M. H. Es brauchen heutigen Tages keine Worte darüber verloren zu werden, dafs die Nephrektomie gegenüber der Sack-

niere nur als ein nach Möglichkeit einzuschränkender Notbehelf angesehen werden mufs; beträgt doch die Sterblichkeit bei Nephrektomie nach meinen Zusammenstellungen noch 29 %, bei Nephrotomie nur 8 %. Freilich wird den Vertretern der Nephrotomie mit Recht die ungeheure Zahl der Fistelbildungen entgegengehalten, welche in mehr als der Hälfte der Fälle hinterbleibt. Die Verteidigungsstellung derjenigen Chirurgen, welche die Nephrotomie bevorzugen, würde deshalb eine ungünstige sein, wenn ihnen nicht durch die konservativen Operationen am Harnleiter eine aufserordentliche Unterstützung zu teil geworden wäre. Wir stehen erst im Beginne der Entwickelung dieser Operationen; aber schon heute darf es ausgesprochen werden, dafs die Harnleiteroperationen die typischen Operationen der Zukunft für jede Form der Sackniere darstellen, auf welche unter allen Umständen in erster Linie zurückgegriffen werden mufs.

Und so dürfte denn auch für die Nierenchirurgie es mehr und mehr in die Überzeugung der Ärzte eindringen, dafs es erhebender und verdienstvoller ist, ein gefährdetes Glied zu erhalten, als durch seine Wegnahme den Körper zu verstümmeln.

Ein kystoskopischer Prostata-Incisor für die Bottini'sche Operation.

Von

Dr. **A. Freudenberg**-Berlin und Dr. **F. Bierhoff**-New-York.

Das Bedürfnis, die Bottini'sche Operation bei Prostatahypertrophie unter Leitung des Auges zu machen, ist nicht mehr ein so dringendes wie früher, seitdem man immer mehr dazu übergegangen, sich vor der Operation, soweit dies irgendwie angängig, durch kystoskopische Untersuchung über die Verhältnisse von Blase und Prostata möglichst genau zu orientieren. Immerhin ist auch jetzt noch der Wunsch, während der Operation selbst die Kontrolle des Auges nicht zu entbehren, ein naheliegender und dementsprechend schon von verschiedenen Seiten ausgesprochener.

Von vornherein mufs man sich freilich darüber klar sein, was man bei der Bottinischen Operation, selbst unter den denkbar günstigsten Verhältnissen, überhaupt nur zu sehen imstande sein wird. Die allergünstigsten Verhältnisse dafür liegen zweifellos vor, wenn die Blase vor der Bottinischen Operation durch Sectio alta breit eröffnet wird, und man nun das Auge direkt auf den in der Blase befindlichen Schnabelteil des Instrumentes richten kann. Man kann dann sehen, wo man den Schnabel resp. das Messer ansetzt, kann das Messer noch 2 bis 3, allenfalls vielleicht 4 mm weit verfolgen, bis es vollständig in das Gewebe der Prostata eingedrungen ist. Weiterhin hört die Möglichkeit, das Messer zu sehen, auf; den weiteren Gang des Messers, also den bei weitem gröfsten Teil des Schnittes kann man mit dem Auge nicht mehr verfolgen.

Das ist das, was man bei der Bottinischen Operation unter

den günstigsten Verhältnissen, bei offener Blase, sehen kann; ein Mehr wird man bei nicht geöffneter Blase erst recht nicht erwarten können, zu sehen.

Immerhin ist es ohne Zweifel ein Vorteil, wenn man sich durch das Auge davon überzeugen kann, dafs der Schnabel resp. das Messer in der That genau an der Stelle ansetzt, durch welche man den Schnitt zu führen beabsichtigt. Dafs dies bei der typischen Bottinischen Operation nicht immer — namentlich nicht immer bei einem zweiten oder dritten etc. Schnitte — ganz genau der Fall ist, hat der eine von uns (A. Freudenberg) durch Vorlegen des Präparates eines Falles[1]) nachgewiesen, in welchem der zweite und dritte Schnitt, statt von der alten Urethra, von dem Boden der durch den ersten Schnitt gesetzten Furche abgingen. Freilich war dadurch in dem betreffenden Falle der vorzügliche Erfolg in keiner Weise in Frage gestellt, vielmehr vielleicht gerade dadurch die Verhältnisse für die Urinentleerung ganz besonders günstig gestaltet worden. Nichtsdestoweniger mufs man aber doch einerseits zugeben, dafs ein solches, wenn auch unbedeutendes Abweichen von dem Beabsichtigten a priori nicht wünschenswert ist; andererseits wird man vielleicht gerade an der Hand dieses Falles daran denken können, unter Leitung des Auges zu Feinheiten der Schnittführung zu kommen, wie sie ohne Kontrolle des Auges nicht denkbar sind.

Der erste, welcher das vorliegende Problem durch Konstruktion eines Instrumentes zu lösen versucht hat, ist Wossidlo, dessen Instrument in diesem Centralblatt, 1900, p. 113, beschrieben und abgebildet ist.

Der eine von uns (A. Freudenberg) hat gelegentlich der Demonstration dieses Instrumentes in der „Berliner medizinischen Gesellschaft", unter voller Anerkennung der Originalität der Konstruktion, einige Bedenken gegen dasselbe erhoben. Das wesentlichste dieser Bedenken war, dafs das Instrument prinzipiell auf das Anhaken der Prostata mit dem Schnabel verzichtet.

---

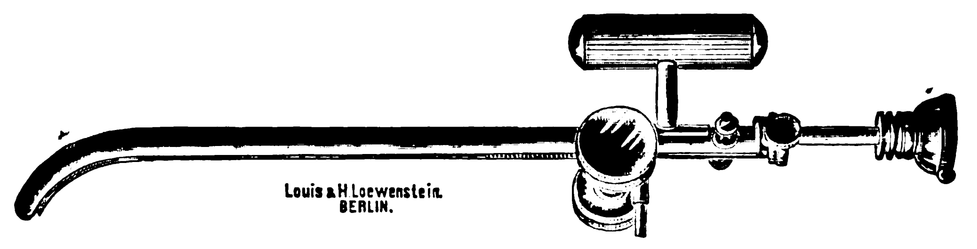
[1]) Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 31. Jan. 1900, s. Berl. klin. Wochenschrift 1900, Nr. 8, p. 173 und XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, Sitzung vom 19. April 1900, s. Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 61, Heft 4, p. 950 und Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, XXIX. Kongress, II p. 455.



Nicht ohne Grund aber hat schon Bottini die Wichtigkeit dieses festen Anhakens betont, und wohl alle, die eine gröfsere Erfahrung über die Bottinische Operation haben, stimmen mit ihm darin überein. Bei dem Wossidloschen Instrumente schwebt der Schnabel während der Operation frei in der Mitte der Blase; ein Anhaken der Prostata während derselben ist nicht möglich, weil Prisma und Glühlampe diesseits des Schnabels liegen. Infolge dessen wird erstens eine gröfsere Neigung zu Verbiegungen des Messers gesetzt. Zweitens hört jede Kontrolle über die wirklich erlangte Länge und Tiefe des Schnittes auf, weil man nicht die Gewifsheit haben kann, ob das Messer wirklich entsprechend der Drehung des Rades und seiner eigenen Höhe in die Prostata eingedrungen ist, oder nicht vielmehr der Schnabel nach der Blase resp. der Schaft nach der gegenüberliegenden Urethralwand abgehoben ist. Und so kann es drittens bei auch nur mäfsiger Blutung passieren, dafs man weder mit dem Auge, noch mit dem Gefühl den Gang der Operation zu kontrollieren in der Lage ist: wie dies alles bereits des näheren an der oben angegebenen Stelle ausgeführt ist.

Wir haben nun ein Instrument konstruiert, das, wie wir hoffen, dem Desiderate des Operierens unter Kontrolle des Auges entspricht, ohne neue Mängel in die Technik der Operation einzuführen.

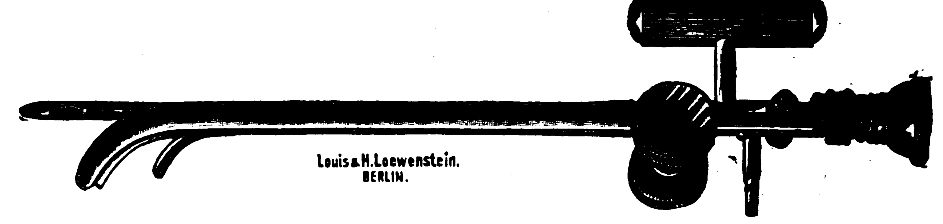
Das nach unseren Angaben von der Firma Louis und H. Löwenstein in Berlin angefertigte Instrument (s. Abbildungen),



Figur 1: Instrument in geschlossenem Zustande.

das auf den Prinzipien des Nitzeschen Operationskystoskopes aufgebaut ist, gestattet das feste Anhaken der Prostata mit dem Schnabel in derselben Weise, wie es bei den bisherigen typischen Instrumenten der Fall ist.

Das Instrument hat ein vollkommen gerades Kystoskop, welches an der hinteren Fläche des Schaftes in einer Röhre drehbar und verschiebbar ist, während die Zuleitung zu dem Platiniridiummesser in einer Rinne an der vorderen Fläche des Schaftes gleitet. Diese Zuleitung trägt an dem peripheren Ende eine kleine gezähnte Platte, in welche ein Zahnrad eingreift, welches durch zwei seitliche gröfsere Räder gedreht werden kann. Die Drehung dieser Räder bewegt also das Messer hin und zurück; an der Peripherie dieser Räder angebrachte Ziffern gestatten, die erreichte Schnittlänge direkt abzulesen. Man führt das Instrument in geschlossenem Zustande ein (s. Fig. 1), wobei das Kystoskop als Obturator dient. Nachdem der Schnabel voll in die



Figur 2: Instrument in offenem Zustande; Kystoskop vorgeschoben, Messer halbwegs herausgezogen.

Blase eingetreten, schiebt man das Kystoskop vor und kann nun, indem man den Schnabel zur Seite dreht und so aus dem Gesichtsfelde bringt, Blase und Prostata kystoskopisch explorieren. Man stellt sich die Stelle der Prostata, an welcher man schneiden will, genau ein, bringt dann den Schnabel an die betreffende Stelle, wobei man deutlich sehen kann, dafs der Schnabel an der betreffenden Stelle auch wirklich liegt, stellt Kystoskop und übrigen Teil des Instrumentes in dieser Stellung durch eine am peripheren Ende gelegene, eine Muffe dirigierende Schraube fest, und kann nun die Incision mit Hilfe der graduierten Räder in der gewünschten Ausdehnung machen (s. Fig. 2). Die gröfste Schnittlänge, welche das Instrument gestattet, ist $4^3/_4$ cm. — Blutet es bei oder nach einem Schnitte stärker, so dafs es wünschenswert erscheint, vor einem neuen Schnitte eine neue Ausspülung zu machen, oder ist die Glühlampe während der Operation durchgebrannt, so entfernt man einfach das Kystoskop durch Herausziehen, und kann nun direkt durch die sonst das Kystoskop be-

herbergende Röhre in der einfachsten Weise die Blase entleeren, ausspülen und wieder anfüllen[1]), worauf man das Kystoskop wieder einschiebt; — alles, ohne dafs man nötig hätte, das ganze Instrument aus der Blase zu entfernen.

Selbstverständlich trägt das Instrument auch die übliche Wasserkühlung. Abgesehen vom Kystoskop ist es durch einfaches Kochen zu sterilisieren; das Kystoskop setzt einer Desinfektion durch flüssige Desinfizientien oder Formaldehyddämpfe keinerlei Schwierigkeiten entgegen, da es einen vollkommen geraden, glatten und cylinderförmigen Stab ohne irgend welche Vertiefungen darstellt. Der Durchmesser des Instrumentes beträgt — da es einen ovalen Querschnitt hat — von vorn nach hinten 30 und von rechts nach links 22, demnach durchschnittlich 26 Charrière. Es hat also zweifellos immerhin ein gröfseres Kaliber als der alte Bottinische und Freudenbergsche Incisor, die nur 21—22 Charrière haben; das ist wegen des optischen Apparates technisch leider nicht anders möglich, wenn man nicht ein zu kleines Gesichtsfeld erhalten will.

Wir haben keinen Wert darauf gelegt, das Messer selbst innerhalb der Blase zu sehen, sondern nur den Schnabel des Instrumentes. Weifs man, wo der Schnabel ansetzt, so weifs man eo ipso auch, wo das Messer ansetzt, da dieses ja innerhalb des Schnabels liegt. Auch hört das Sehen des Messers, wie oben auseinandergesetzt, doch auf, sobald dieses nur 2 oder 3 oder höchstens 4 mm weit in die Prostata eingedrungen ist. — Legt man Wert darauf, das Messer selbst zu sehen, so kann man das leicht dadurch erreichen, dafs man den Schnabel gefenstert machen läfst. Wir haben das bisher nicht gethan, weil wir fürchten, dafs durch den gefensterten Schnabel event. Blut aus dem Schnitt direkt auf das Prisma geleitet und so das Sehen erschwert werden kann.

Zum Festhalten des Instrumentes hatten wir an dem ersten, auf dem XXIX. Chirurgenkongresse am 19. April 1900 demonstrierten Modelle zwei zum Schaft in einem Winkel von etwa 45° stehende Ringe zum Hindurchstecken des zweiten und dritten Fingers an-

[1]) Es ist dabei zweckmäfsig, dafs man auf den Ansatz der zur Ausspülung benutzten Spritze einen der bekannten Gummikeile, wie sie z. B für die Janetschen Spülungen benutzt werden, aufschiebt.



gebracht, deren Spitzen sich an die Ansatzröhren der Wasserkühlung anlehnen sollten, während der Daumenballen einen weiteren Stützpunkt an dem trichterförmigen Ende des Kystoskops fand. An dem neuesten Modelle haben wir statt dessen einen dem Griffe des alten Freudenbergschen Incisors entsprechenden, parallel zum Schafte befestigten, geriff: ten, cylindrischen Griff anbringen lassen (s. Abbildungen), welcher, ebenso wie es sich bei dem alten Freudenbergschen Incisor bewährt hat, in die volle Faust gefafst wird. Wir denken, dafs durch die letztere Modifikation ein noch sichereres Festhalten des Instrumentes ermöglicht ist.

Ob man auch mit dem neuen Instrumente bei Luftfüllung der Blase operieren wird, oder ob man wieder zur Füllung der Blase mit Flüssigkeit — dann bei vollkommener Weifsglut des Messers — zurückkehren wird, mufs erst eine gröfsere Erfahrung entscheiden.

Praktisch angewendet ist das Instrument bisher in folgenden beiden Fällen:

1. H. B. Schneidermeister. 69 J.

Blasenbeschwerden seit ca. 4 Jahren, seit 4—5 Monaten stark verschlimmert; seit 4—5 Wochen beim Urinlassen immer Blutbeimischung. Uriniert jetzt tagsüber alle 2 Stunden, mit Schmerzen in der Harnröhre, nachts 1 bis 3mal. In den letzten Monaten stark abgemagert, viel Durst, Appetitlosigkeit.

Bei der ersten Untersuchung am 18. III. 1900 obere Blasengrenze dicht unterhalb des Nabels zu fühlen. Prostata per rectum von der Gröfse einer kleinen Citrone, von mittlerer Konsistenz, glatt, ziemlich stark in den Mastdarm prominierend. Urin fleischwasserfarben, mäfsig trübe. Eiweifsgehalt schwankt im Esbach zwischen 0,5 und 1,6 ‰.

Bei regelmäfsig 1 mal, später 2 mal täglichem Katheterismus und Blasenausspülungen in den nächsten 5 Wochen, Durchführung von Beniqué-Sonden bis Nr. 28 der französischen Filière, sowie Salol und Urotropin innerlich schwankt Residualurin zwischen 325 und 655 ccm; der 10tägige Durchschnitt beträgt:

vom 19. III. bis 28. III. = 573,4 ccm
vom 29. III. bis 7. IV. = 466,0 „
vom 8. IV. bis 17. IV. = 524,5 „

Der Urin fliefst beim Katheterisieren ohne jede Projektion aus dem Katheter ab; zuletzt mufs man ziemlich starken Druck über der Symphyse anwenden, um die Blase ganz zu entleeren (starke Blasenatonie).

3. IV. 1900. Kystoskopie: Blasenschleimhaut überall stark gerötet,

stellenweise mit weissen Eiterfetzen bedeckt. Kolossale Trabekelblase mit sehr starken Vertiefungen zwischen den Muskelbalken. Starker barrièrenförmiger Prostatawulst nach hinten, ziemlich starke Wulstung nach rechts-vorn, links nur geringe Wulstung, nach vorn breiter Einschnitt mit unregelmäfsigen Konturen.

24. 4. 1900. Operation (A. Freudenberg) mit dem kystoskopischen Incisor; unter Eukain Antipyrin aa 2,0, Aqu. d. ad 50,0 bei mit ca. 250 ccm Borsäurelösung gefüllter Blase. Sehr wenig schmerzhaft. 2 Schnitte: nach hinten 3,5 cm lang, nach rechts-vorn 2,5 cm lang.

Pat. uriniert sofort nach der Operation von injicierten 155 ccm 8 ccm aus. Mäfsige Blutung. Verweilkatheter.

Weiterer Verlauf: Am 2. Tage nach der Operation (26. IV.) nach geringem Frost und Hitzegefühl (kein eigentlicher Schüttelfrost) ruckweise Temperatursteigerung auf 38,8 die ebenso schnell abfällt. Abendtemperatur des nächsten Tages 37,6; sonst nie über 37,4. Urin bereits nach 24 Stunden makroskopisch blutfrei. Verweilkatheter nach 3 Tagen (am 27. IV.) entfernt. Pat. uriniert danach sofort in gutem Strahl die eingespritzte Borsäurelösung aus. Katheterisieren sofort unnötig: Miktionshäufigkeit in den nächsten Tagen 10, 9, 7, 6, 5 mal in 24 Stunden.

Erste Prüfung des Residualurins am 2. V. ergiebt 310 ccm; weiter am 3. V.: 197; 4. V.: 98; 5. V.: 55; 7. V.: 41; 9. V.: 57; 11. V.: 50; 14. V.: 40; 17. V.: 28; 21. V.: 21; 26. V.: 24; 31. V.: 29; 13. VI.: 33; 20. VI.: 33; 29. VI.: 41; 2. VII.: 24; 7. VII.: 9; 13. VII.: 23; 16. VII.: 17; 20. VII.: 17 ccm.

Resultat: Uriniert 3—5, selten 6 mal in 24 Stunden. Keinerlei Beschwerden. Urin noch ganz wenig trübe. Hat in 12 Wochen ca. 6 Pfund an Gewicht zugenommen.[1])

Wir konnten in diesem Falle vor dem ersten Schnitte uns vermittelst des Kystoskops überzeugen, dafs der Schnabel in der That genau an der beabsichtigten Stelle angesetzt wurde; auch nach Ausführung des ersten Schnittes genau den Beginn der gemachten Incision an der richtigen Stelle als schwarz belegten Spalt in der Mitte des barrièrenförmigen hinteren Lappens erkennen. Bei dem zweiten Schnitte war dies ohne weiteres nicht möglich, weil inzwischen der Blaseninhalt durch die mäfsige Blutung getrübt war. Hätten wir vor dem zweiten Schnitte das

[1]) Status vom 23. X. 1900 (6 Monate nach der Operation): Gänzlich beschwerdefrei. Urinirt andauernd nur 3 mal in 24 Stunden, Quantitäten bis zu 540 ccm auf einmal. Nachts schläft Pat. durch. Urin vollkommen klar. Letzte Prüfung des Residualurins am 9. X. ergab: 31 ccm. — Anmerkung bei der Korrektur.



Kystoskop, wie oben bei der Beschreibung des Instrumentes angegeben, herausgezogen und die Blase frisch ausgespült und angefüllt, so hätten wir, da die Blutung wie gesagt nur mäfsig war, höchst wahrscheinlich auch den zweiten Schnitt mit dem Auge verfolgen können. Wir haben in diesem Falle darauf verzichtet und den zweiten Schnitt ohne Kontrolle des Auges gemacht.

Hingegen wurde so verfahren in dem zweiten Falle, in welchem auf solche Weise in der That auch die ferneren Schnitte deutlich mit dem Auge zu kontrollieren waren:

2. Pat. K., Pensionär.

30. IV. 1900. Hat längere Zeit an Urinbeschwerden gelitten. Öfters Cystitis. Urin auch zur Zeit etwas getrübt. Residualurin 125 ccm. Kystoskopie ergiebt mäfsige Vergröfserung des mittleren, sowie des oberen Lappens.

2. V. Operation (E. Frank und F. Bierhoff). Nach Entleerung, Spülung und Füllung der Blase werden mittelst des kystoskopischen Incisors zwei Schnitte nach unten, rechts und links, je von $1^3/_4$ cm in einem Winkel von 45^0 zur vertikalen, und zwei nach oben, rechts und links, von $1^1/_2$ cm, in demselben Winkel gemacht. Pat. hatte keine Schmerzen dabei.

Es bestand fast keine Blutung, und man konnte direkt kontrollieren, dass alle Schnitte in der That an den beabsichtigten Stellen gemacht wurden, ohne dafs man das Kystoskop herauszuziehen brauchte. Auch konnte man nach Ausführung der Schnitte dieselben deutlich sehen. — Zum Schlufs wurde das Kystoskop leicht entfernt, die mäfsig-blutige Füllflüssigkeit herausgelassen, die Blase gespült und mit 135 ccm Flüssigkeit wieder gefüllt, worauf nach Wiedereinschieben des Kystoskops alle 4 Schnitte wieder deutlich sichtbar waren. —

Wir glauben nicht, dafs das neue Instrument in allen Fällen das alte typische Instrument und das alte typische Verfahren ersetzen wird. Abgesehen davon, dafs das neue Instrument, wie schon hervorgehoben, ein gröfseres Kaliber hat, also immerhin vielfach schwerer einzuführen sein wird, so wird es gewifs eine Reihe Fälle geben, in denen man besser von vornherein auf die Anwendung desselben verzichtet. Das sind zunächst die Fälle, wo die Blase nur wenig ausdehnbar ist — die Kystoskopie erfordert ja einen gewissen Grad von Ausdehnbarkeit der Blase; ferner die Fälle, in denen schon beim Einführen von einfachen Metallkathetern Neigung zu stärkerer Blutung vorhanden ist; endlich vielleicht die Fälle von ganz extrem grofser

Prostata, bei denen die mögliche Schnittlänge nicht ausreicht, und von ganz besonders harter Prostata, bei denen das Platin-iridiummesser des neuen Instrumentes, welches etwas schwächer ist, als bei dem alten Instrumente, möglicherweise nicht ganz seinem Zwecke gewachsen ist.

Wie weit die Verwendbarkeit des neuen Instrumentes gehen wird, darüber kann natürlich nur eine ausgedehntere Erfahrung entscheiden.

Litteraturbericht.

1. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Exstrophy of the bladder combined with epispadias. Von W. B. Jomy. (Med. News 1900, 7. Juli.)

Bei dem Falle J.s bestand aufser doppelseitigem Kryptorchismus Ectopia vesicae und Epispadie. Trotz kontinuierlichen Harnträufelns war die Haut intakt, und das Kind befand sich vollständig wohl. Die Eltern verweigerten eine Operation. Dreysel-Leipzig.

Exstrophy of the bladder with exhibition of a case. Von M. Vauce. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5.—8. Juni.)

V. berichtet über einen 17jährigen Kranken mit Ectopia vesicae und Hypospadie. Er deckte den Defekt durch dreieckige Lappen der Regio iliaca, ohne dabei eine Drehung der Haut nach innen vorzunehmen. Nach 7, innerhalb einer Periode von über 2 Jahren ausgeführten Operationen wurde völlige Heilung erzielt.

Willard bemerkt in der Diskussion, dafs im allgemeinen die besten Resultate durch Implantation der Ureteren in das Kolon oberhalb der Flexura sigmoidea erreicht würden. Dreysel-Leipzig.

Über die Innervation der Harnblase. Von E. Rehfisch. (Virchows Arch. f. path. Anat. Bd. 161, S. 529.)

Der Verf. hat im Verein mit Schulz die bekannten Untersuchungen M. v. Zeissls wiederholt, kann aber sich der Anschauung des letzteren, dafs die N. hypogastrici und erigentes aufser erregenden auch hemmende Fasern haben, nicht anschliefsen. Sowohl aus direkten Reizungen beider Nerven als auch aus Reflexversuchen ergiebt sich, dafs der N. hypogastricus im wesentlichen die Schliefsmuskulatur und der N. erigens den Detrusor zur Kontraktion bringt. Letzterer vermag bei mäfsig gefüllter Blase den Sphinkterschlufs zu überwinden. In vivo findet aber dieser Modus der Entleerung nicht statt. Wenn der N. erigens eine Kontraktion bewirkt, wird vom Zentralorgan (Gehirn oder Rückenmark) aus der N. hypogastricus entinnerviert, d. h. es erfolgt eine Erschlaffung des Sphinktertonus und dadurch Entleerung der Blase. Je geringer der Inhalt der Blase ist, um so energischer kontrahiert sich der Detrusor; bei möglichst stark gefüllter Blase dagegen kontrahiert sich der Detrusor überhaupt nicht und keine Sphinkteröffnung erfolgt. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Über einen seltenen Fall von Enuresis durch eine gynäkologische Operation geheilt. Von Truzzi. (Atti della Soc. Ital. di Ostetr. e Ginecol. Vol. V.)

Inkontinenz beim Weibe steht nach T. nicht selten mit Anomalien der Genitalorgane im Zusammenhange. Der von T. mitgeteilte Fall betrifft eine 36jährige Kranke, die seit ihrer Jugend an Enuresis litt. Der Uterus war retroflektiert, die vordere Vaginalwand stark gespannt und sehr kurz. Da Faradisation, Massage etc. ganz ohne Wirkung geblieben waren, entschloſs sich T. zur Operation: Die Retroflexion ward durch Laparohysteropexie beseitigt, die vordere Vaginalwand nach der Methode von Skutsch verlängert. Nunmehr trat Heilung ein. T. ist der Ansicht, daſs infolge der Retroversion des Uterus und der abnorm kurzen vorderen Vaginalwand eine beständige Zerrung des hinteren Segmentes des Blasensphinkters stattgefunden habe, und daſs auf diese Weise die Inkontinenz zu stande gekommen sei.

Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von operativer Behandlung angeborener Urininkontinenz. Von C. K. Maier. (Wratsch 1900, Nr. 8.)

Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen mit Harnträufeln, dessen Orificium urethra 0.6 cm breit war. M. machte einen von der Citoris bis zur Harnröhre reichenden Schnitt, präparierte die Harnröhre bis zum Blasenhals frei, drehte sie um 280° und nähte die Mündung am oberen Ende des Schnittes fest. Der Erfolg war ein sehr guter; die Kranke konnte den Urin 4 Stunden zurückhalten. Dreysel-Leipzig.

Enuresis and „irritable bladder". Von Bierhof. (Festschrift in honor of A. Jacobi 1900, 6. Mai.)

Nach B. ist die Ursache der Enuresis eine Hyperästhesie der Urethra post. oder des Sphinkters infolge Hyperämie oder Entzündung. Um eine schlechte Angewohnheit des Kranken handelt es sich hierbei keinesfalls, daher ist auch von jeder Bestrafung bei der Behandlung abzusehen. B. empfiehlt heiſse Sitzbäder, Vermeidung von Flüssigkeiten am Abend, Schlafen mit erhöhtem Becken. Dreysel-Leipzig.

Injuries of the bladder occurring in the course of gynecological operations. Von J. W. Consius. (British Med. Journ. 1900, 19. Mai.)

Bei Entfernung einer groſsen Ovarialcyste mit zahlreichen Adhäsionen hatte C. das Unglück, die Blase zu verletzen. Er legte in die Blasenwunde einen Glasdrain ein. Während der ersten 8 Tage befand sich die Kranke wohl, dann begann sich aus Harnröhre und Operationswunde trüber, übelriechender Urin zu entleeren und am 19. Tage ward durch die Urethra eine 12 Zoll lange, $1^1/_2$ Zoll breite Membran ausgestoſsen. Von nun an besserte sich der Zustand rasch. Die Kranke genas. Die Operationswunde heilte ohne Fistelbildung. Dreysel-Leipzig.

Eine neue Methode Vesicovaginalfisteln zuzunähen. Von Spagsokoukozky. (Centralbl. f. Gynäkol. 1900, S. 646.)

Es werden zuerst Nähte durch den Fistelrand der Blase, welche die

Blasenschleimhaut mitfassen, gelegt, die Fäden dann zusammengezogen, so dafs ein Trichter entsteht. Dann schneidet man mit Scalpell neben den Fäden in die Fistelwand ringförmig ein. Dann führt man mittelst einer Sonde die erst angelegten Fadenschlingen zur Urethra hinaus, dann kommt die gesetzte Wunde aufeinander. Man kann dann den vaginalen Teil des Fistelrandes leicht durch eine einstöckige Naht schliefsen. Auf diese Weise wurden 5 Pat. geheilt. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Ein Fall von spontaner, profuser Blasenblutung. Von W. M. Eccles. (Brit. med. Journ. 1899.)

Ein 45jähr. Arbeiter konnte nach einer angestrengten Arbeit nicht urinieren, obwohl er vorher nie Beschwerden beim Urinieren verspürt hatte.

In der Regio hypogastrica empfand er grossen Schmerz. Durch den Katheter kamen nur wenige Tropfen Blut. Mittelst eines perinealen Schnittes wurde eine Öffnung in die Blase gemacht und eine grofse Menge blutigen Urins entleert. Die Blutung stand nach heifsen Spülungen, da sie aber von neuem auftrat, wurde die Blase suprapubikal geöffnet. Doch fand sich in der Blase nichts Pathologisches.

(Woher also die Blutung? Ref.) Federer-Teplitz.

Zur Frage der Harnblasenrisse. Von Sujetinow. (Chirurgica Bd. V, S. 549.)

Der Kranke S.s, ein Arbeiter, fühlte nach dem Heben einer schweren Last plötzlich einen heftigen Schmerz in der Lendengegend und in den Beinen; die Schmerzen verminderten sich bald, blieben aber in geringem Grade bestehen. Blut ward mit dem Urin nicht entleert. Acht Tage später stellten sich starke Schmerzen im Unterleibe ein, Erbrechen bestand nicht. Urinieren war unmöglich, Puls schwach, beschleunigt, Temperatur leicht subnormal, Leib aufgetrieben. Mit dem Katheter wurde ein Liter bräunlichen Urines entleert; der Kranke starb nach 3 Tagen. Bei der Sektion fand sich die Blase in der ganzen Ausdehnung des Peritonealüberzuges durchrissen; im Abdomen ca. 1 l urinähnlicher Flüssigkeit, eitrige Peritonitis. Der Blasenrifs war offenbar anfangs nur ein unvollständiger, nicht alle Schichten der Blase durchsetzender, gewesen; erst 8 Tage später war die Ruptur eine totale geworden. Dreysel-Leipzig.

Dégénérence polykystique de la muqueuse vésicale. Von L. Suarez. (Ann. des mal. des org. génito-urin., Bd. XVIII, H. 2.)

Der Fall betrifft eine 45jährige Frau, die an geringer, aber konstanter Hämaturie, Harndrang, Schmerzen beim Urinieren litt. Cystoskopisch liefs sich feststellen, dafs die Blasenschleimhaut mit einer sehr grofsen Anzahl kleiner Cysten bedeckt war; die zwischen den Cysten liegende Schleimhaut war normal. Durch Instillation von 1 % Arg. nitr. erzielte S. innerhalb dreier Monate nahezu völlige Heilung. Dreysel-Leipzig.

Cystitis papillomatosa. Von Bierhoff. (New York Med. News 1900, 26. Mai.)

Die Cystitis papillomatosa ist eine chronische Blasenentzündung und zwar kann sie eine katarrhalische oder eitrige sein; der Urin ist trübe oder

klar. Blutungen kommen spontan nicht vor, werden aber durch irgendwelche Reize, die die hypertrophische und entzündete Schleimhaut treffen, leicht ausgelöst. Das Trigonum ist der Hauptsitz der Erkrankung. Spülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten führen allmählich zur Heilung.

Dreysel-Leipzig.

Urotropin in der Behandlung der Cystitis. Von B. Goldberg. (Centralbl. f. innere Med. 1900, 14. Juli.)

G. hat etwa 60 Fälle von verschiedenartiger Cystitis und zwar gonorrhoischer und primärer Cystitis, Cystitis bei Prostatahypertrophie, Strikturen Erkrankungen des centralen Nervensystemes, bei Tuberkulose, Blasengeschwülsten und Nierenerkrankungen mit Urotropin behandelt. Er teilt weder die Ansicht Grosgliks, dafs dem Urotropin jeglicher therapeutischer Wert abzusprechen sei, noch die Nicolaiers, der in dem Medikament ein überaus wirksames Mittel bei den Erkrankungen der Harnwege der verschiedensten Art sieht. Die Wirksamkeit des Urotropins ist nach Verf. von der Reaktion des Harnes unabhängig, dagegen je nach der Art der Cystitis eine sehr verschiedene: Bei primärer Cystitis ist Heilung durch Urotropin allein möglich. Bei sekundärer Blasenentzündung kann Urotropin allein nicht heilen, wohl aber die gleichzeitige lokale Behandlung wirksam unterstützen. Bei sekundärer Cystitis und aufsteigender Infektion oder beginnender Harnvergiftung ist Urotropin ganz nutzlos. Dreysel-Leipzig.

The value of urotropin and its practical application as a urinary antiseptic. Von H. E. Drake Brockmann. (Lancet 1900, 30. Juni.)

Die Wirkung des Urotropins äufsert sich nach drei Richtungen hin: Es ist ein Antiseptikum, ein harnsäurelösendes Mittel und ein mildes, nicht toxisches Diuretikum. Als Antiseptikum ist es empfehlenswert, wenn der Urintraktus von pathogenen Keimen infiziert ist. Als harnsäurelösendes Medikament ist es brauchbar bei Gicht und harnsaurer Diathese; hier scheint es kombiniert mit Salicylsäure noch energischer zu wirken. Als Diuretikum gebraucht hat Urotropin bisweilen eine leicht abführende Wirkung, vor allem bei Irritabilität der Blase und Hypertrophie der Prostata.

Dreysel-Leipzig.

Curettage of the male bladder for chronic cystitis. Von W. Soble. (Buffalo med. Journ. 1900, Mai.)

S. empfiehlt die Curettage bei Fällen von chronischer, nicht tuberkulöser Cystitis, wenn die gewöhnliche Behandlung nicht zum Ziele führt. Er berichtet über einen Fall, bei dem auch die Eröffnung der Blase von der Regio suprapubica aus keine Besserung gebracht hatte. Die Blasenschleimhaut war bei diesem Falle an einigen Stellen mit einem bis zu 1/2 Zoll dicken plastischen Exsudate bedeckt. Nach zweimaliger Auskratzung trat sofort Besserung ein: Der Harndrang schwand nahezu ganz, der Urin klärte sich, das Allgemeinbefinden hob sich. Dreysel-Leipzig.

Fausses cystites symptomatiques des lésions du rein chez la femme. Von Guépin. (Académie de Médecine, 3 Juillet 1900. La Presse Médicale, 11 Juillet 1900.)

Bei Frauen ruft eine Nierenerkrankung häufig Cystitissymptome hervor. Diese beiden Cystitiden heilen natürlich nur nach sachgemäfser Behandlung der erkrankten Niere und werden sehr häufig durch intravesikale Therapie verschlimmert. F. Fuchs-Breslau.

Cystitis durch einen Fremdkörper. Von Dr. Hillmann. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Hillmann berichtet in der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Jena (Sitzung am 22. Februar 1900) über einen merkwürdigen Fall von schwerer Cystitis, hervorgerufen durch einen Fremdkörper, der auf der Wanderung aus der Nachbarschaft in die Blase durchgebrochen war. Die betreffende Patientin hatte zuvor eine doppelseitige Pyosalpingotomie durchgemacht. Nach einiger Zeit entleerten sich ab und zu mit dem Urin Konkremente, deren Kern aus einem Stückchen Fadengewebe bestand. Die Vermutung, dafs es sich um eine durchgewanderte Sutur handelte, bestätigte sich bei der Operation nicht, es fand sich in der Blasenwand sitzend noch ein Konkrement, dessen Kern wahrscheinlich ein Stück Gazetupfer gewesen ist. Ludwig Manasse-Berlin.

Paracystitis infolge eines Fremdkörpers in der Blase. Von Halban. (Geburtshilflich-gynäkol. Ges. in Wien 1899, 12. Dez.)

Die 22jährige Kranke klagte über Schmerzen im Unterleibe. Längs des linken, horizontalen Schambeinastes war ein langgestreckter, 2 fingerdicker, sehr harter und fast unverschieblicher Tumor zu fühlen. Der Urin war stark getrübt. Cystoskopisch liefs sich in der Blase eine Haarnadel nachweisen, deren Spitzen gegen die linke Blasenwand andrückten und hier zwei kleine, aber tiefe Geschwüre erzeugt hatten. Die Nadel befand sich seit 2 Monaten in der Blase. Der Tumor am linken Schambeinast war zweifellos durch Einwirkung von Bakterien, die von den Geschwüren aus in das paracystische Gewebe gewandert waren, entstanden. H. entfernte die Nadel unter Leitung des Cystoskopes mit einer Kornzange und behandelte die Blase mit Instillationen und Spülungen mit Arg. nitr. Nach 3 Wochen waren alle Symptome, auch das paracystitische Infiltrat, geschwunden.

In der Diskussion führt Schauta einen Fall an, bei dem sich eine Paracystitis aus einem Blasenkatarrh infolge lang dauernden Katheterismus entwickelt hatte. Bei einem zweiten Falle war wegen Retroversio uteri und Sterilität die ventrale Fixation gemacht worden. 3 Jahre später hatte sich ein handtellergrofses Exsudat zwischen Uterus und Bauchdecken gebildet; wahrscheinlich war dieses durch Einwandern von Seidenfäden in die Blase verursacht worden. Dreysel-Leipzig.

Über Fremdkörper in der Harnblase. Von M. Margulier. (Chirurgica, Bd. V, S. 517.)

Fall I: 78jähriger Mann, bei dem gelegentlich einer Lithotripsie Bruch-

stücke eines Nélatonkatheters in der Blase entdeckt wurden. Mit dem Lithotriptor wurden 7 inkrustierte, 2—3 cm lange Katheterstücke entfernt.

Fall II: Ein 35jähriger Mann hatte sich einen Gummischlauch in die Harnröhre eingeführt; der Schlauch war gerissen und ein Teil desselben in die Blase gelangt, das mit dem Lithotriptor entfernte Fragment des Schlauches war 105 cm lang. Dreysel-Leipzig.

Über Blasenstein. Von Schultheis. (Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Chir., XXIX. Kongrefs, 1900, 18.—21. April.)

Sch. entfernte bei einem 39jährigen Manne durch hohen Blasenschnitt einen 500 g schweren Stein, der aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk bestand. Der Längsdurchmesser des Steines betrug 13, der Querdurchmesser 7 cm, der Längsumfang 32, der Querumfang 20 cm. Den Kern des Steines bildete eine Feldbohne, die sich der Kranke vor 20 Jahren in die Harnröhre eingeführt hatte, und die in die Blase gelangt war. Da sich der Stein in toto nicht entfernen liefs, mufste er mit dem Knochenmeifsel in zwei Teile gespalten werden. Nach der Extraktion wurde die Blase vernäht, die Bauchwunde blieb offen. Heilung. Dreysel-Leipzig.

Diagnosis of calculous disease of kidney, ureters and bladder by the X-rays. Von C. L. Leonard. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5.—8. Juni.)

Die Untersuchung mit Röntgen-Strahlen giebt, wenn richtig ausgeführt, bei Steinen des Urintractus durchaus exakte Resultate. L. führt 20 Fälle an, bei denen die auf diese Weise gestellte Diagnose bei der Operation, Sektion oder durch spontanen Abgang der Steine bestätigt wurde. Die Durchleuchtung ist einer Probeincision vorzuziehen. Irrtümer können nur bei mangelhafter Technik oder bei geringer Erfahrung im Deuten der Negative vorkommen. Dreysel-Leipzig.

Note on the passage of a calculus of exceptional size through the right ureter and the urethra of a man about 50 years of age. Von J. A. Cunningham. (Lancet 1900, 2. Juni.)

Der Kranke C.s entleerte mit dem Urin einen Nierenstein, dessen Kern aus Kalciumoxalat, dessen Schale aus Uraten und Phosphaten bestand. Im trockenen Zustande wog der Stein 0.4 gr. Die Passage des Steines von der Niere zur Blase hatte 11 Tage in Anspruch genommen; während dieser Zeit hatten paroxismale Schmerzen bestanden. In der Blase hatte der Stein 7 Tage verweilt. Dreysel-Leipzig.

Calcul vésico-vaginal. Von Tuffier. (La Presse Méd. Nr. 40. 19. Mai 1900.)

Demonstration eines Steines, welcher von einer Frau stammt, an der Verneuil 16 Jahre vorher eine Colpokleisis wegen Blasenscheidenfistel vorgenommen hatte. Jetzt bestand seit Monaten ein intensiver Blasenkatarrh, der zur Diagnose und vor 2 Wochen zur Operation führte. Der hemdknopfartige Stein lagerte mit seiner minder umfangreichen Partie im Blasengrund, während der andere Teil den früheren Fistelkanal ausfüllte.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

On suprapubic lithotomy in old men with enlarged prostate. Von W. Th. Thomas. (Lancet 1900, 9. Juni.)

Verf. zieht bei Entfernung von Blasensteinen den hohen Steinschnitt dem perinealen und der Litholapaxie vor, wenn es sich um alte Leute mit hypertrophischer Prostata handelt. Dreysel-Leipzig.

Drainage der Blase. Von Peudl. (Wiener Ges. d. Arzte 1900, 23. Febr.)

P. hatte bei einem Kranken durch hohen Steinschnitt ein Blasenpapillom entfernt und die Blase unmittelbar darnach vernäht. Bald darauf stellte sich Harndrang ein. Die Blase war bis zum Nabel dilatiert, doch entleerte sich aus dem Verweilkatheter kein Harn. Nach Eröffnung der Blase fanden sich in derselben 600 ccm Blut. Die Quelle der Blutung war nicht festzustellen. Nach P. ist bei Operationen an der Blase, die mit deren Eröffnung einhergehen, die Drainage der Naht immer vorzuziehen.

Dreysel-Leipzig.

Zur Frage der versenkten Naht beim hohen Steinschnitt. Von A. N. Popow. (Chirurgica Bd. V, S. 576.)

Auf Grund seiner an 24 Fällen gesammelten Erfahrungen kommt P. zu nachstehenden Schlufsfolgerungen: Alkalischer oder eitriger Urin bildet für die versenkte Naht keine Kontraindikation; eine solche liegt nur vor, wenn eine Prima intentio nicht zu erwarten ist, z. B. bei starker Beschädigung der Wundränder, pathologischer Veränderung der Blasenwand. Die Heilungsdauer ist auch bei mifsglückter Naht eine kürzere, als wenn nur Drainage ohne Naht verwendet wird. Dreysel-Leipzig.

Genito-urinary tuberculosis: its diagnosis in the laboratory. Von Sondern. (Journ. of cutan. and genit. urin. diseas. July 1900.)

Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, welche dem Nachweise der Tuberkelbacillen im Urin im Wege stehen und betont besonders, wie schwer es oft möglich sei, Smegmabacillen von Kochschen Bacillen zu unterscheiden, wenn auch die ersteren den Farbstoff in Alkohol leichter abgeben als die letzteren. Es ist daher meist nötig, sich nicht allein mit der Färbung zu begnügen, sondern auch Impf- und Kulturversuche vorzunehmen, obgleich gerade die letzteren bedeutende Schwierigkeiten bereiten, da der langsam wachsende Tuberkelbacillus von verschiedenen, rasch wachsenden Bakterienarten, welche nahezu in jedem Urin vorkommen, überwuchert wird. Am besten bewährt hat sich das Hessesche Kulturverfahren. Der Urin ist nahezu immer sauer, weshalb in allen Fällen von ausgesprochener chronischer Cystitis, bei denen der Harn saure Reaktion zeigt, die Untersuchung auf Tuberkelbacillen nicht verabsäumt werden sollte. Im Sedimente finden sich regelmäfsig weifse und rote Blutkörperchen. Die Urinmenge ist meist leicht vermehrt. Alle diese Thatsachen müssen berücksichtigt werden, da die Urogenitaltuberkulose nicht selten verhältnismäfsig wenige klinische Erscheinungen macht. von Hofmann-Wien.

Sur la tuberculose urinaire. Von Albarran. (La Presse Méd. Nr. 44, 2. Juni 1900.)

Der Redner wendet sich gegen die Ansicht Tuffiers über die Nutzlosigkeit und Gefährlichkeit der Ureteren-Katheterisation bei Nierentuberkulose. Im besonderen hebt er hervor, dafs es doch zu den Seltenheiten gehöre, dafs bei festgestellter Erkrankung der einen Niere der stets klare Urin das Gesundsein der anderen beweise; was die Gefahren der Katheterisierung angehe, so betont A., dafs einstündiges und nicht 24 stündiges Liegenlassen des Katheters — wie Tuffier meint — ausreicht zur Gewinnung der notwendigen Urinquantität. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Pièces de tuberculose urinaire totale. Von Moizard und Bacaloglu. (Ibidem.)

Bei einem 13jährigen Knaben ist der ganze Tractus urogenitalis mit Ausnahme der Testikel, tuberkulös degeneriert.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

A case of myoma of the bladder. Von O. G. Ramsay. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 7. Juli.)

Myome der Blase sind aufserordentlich selten. Verf. führt einen derartigen Fall an: Es handelt sich um eine 38jährige Frau, die seit zwei Jahren an Harndrang, Schmerzen beim Urinieren, eitriger Cystitis, zeitweisen Hämorrhagien leidet. Bei bimanueller Untersuchung per vaginam liefs sich in der Blase ein rundlicher Tumor konstatieren. R. stellte zunächst eine vesico-vaginale Fistel her und entfernte durch dieselbe zwei Tage später den Tumor. Darnach Ausspülung der Blase und Tamponade der Wunde. Der Tumor bestand aus Muskelbündeln, die teilweise hyaline Degeneration zeigten. Nach der Operation besserten sich die Beschwerden.

Die Ursache der Blasenmyome ist noch gänzlich unbekannt, wahrscheinlich entwickeln sie sich aus einer embryonalen Anlage. Man kann zwei Varietäten unterscheiden: submuköse und subseröse; der häufigste Sitz ist das Trigonum. Verf. bespricht ausführlich Histologie, Symptomatologie und Behandlung der Blasenmyome; letztere kann nur eine chirurgische sein und die Entfernung des Tumors bezwecken; drei Wege stehen für dieselbe offen; vom Abdomen, von der dilatierten Harnröhre und von der Vagina aus. Die Resultate sind nicht besonders gute, da eine Infektion der Blase, der Nieren, oder eine Allgemeininfektion des Körpers vielfach schon vorhanden ist. Dreysel-Leipzig.

Report of Ten Cases of Vesical Tumors, with Some Remarks upon the Cleansing of Foul Bladders and the Technik of Suprapubic Cystotomy. Von Mac Gowan. (J. of cut. and gen. ur. Dis. 1900, S. 193.)

G. hat seit 1894 zehnmal wegen Blasentumoren operiert. In 3 Fällen, in welchen es sich um inoperable Karcinome handelte, beschränkte sich die Operation auf Anlegung einer suprapubischen Fistel. Ein weiterer inoperabler Fall ging vor der Operation nach einem Ureterenkatheterismus zu Grunde. Bei den übrigen Fällen handelte es sich viermal um teils solitäre, teils mul-

tiple Papillome resp. Polypen, die erfolgreich durch Sectio alta (1mal auch S. perinealis) Excision und Kauterisation beseitigt wurden. In einem Falle mufste ein halbes Jahr später ein Stein, der sich um eine Sutur gebildet hatte, mittels Lithotripsie entfernt werden. In einem der übrigen Fälle handelte es sich um ein kleines flaches Epiteliom, das kaum mittels Cystoskops und bei der Operation mit dem Finger gefunden werden konnte, das aber durch starke Blutungen die 26jährige Patientin ganz heruntergebracht hatte. Vollständige Heilung durch Excision und Kauterisation. In dem noch restierenden Falle handelte es sich wahrscheinlich um ein dilatiertes Lymphgefäfs, das cystoskopisch als kleiner Tumor im Blasenhalse imponierte, während man nach Eröffnung der Blase nur noch eine kollabierte Membran und Vertiefung an dieser Stelle fand. Offenbar war es geplatzt. Die Stelle wurde kauterisiert. Seitdem blieb der Patient von epileptischen Anfällen, an welchen er bis dahin gelitten hatte, vollständig verschont. Zur Blasendrainage empfiehlt der Verfasser den Pezzerschen Drain. Bei starken Blutungen sind Injektionen von Nebennierenextrakt sehr wirksam. Sonst berichtet er über Bekanntes.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Beiträge zur Lehre von den Blasengeschwülsten. Von W. Wendel. (Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. V, H. 1 u. 2.)

Verf. hat 16 Fälle von Blasentumoren untersucht; er giebt die Krankengeschichten ausführlich wieder und fafst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die gutartigen Zottengeschwülste der Harnblase entstehen durch eine primäre Wucherung des Blasenepithels, der sich alsbald Gefäfs- und Bindegewebswucherung anschliefst. 2. Sie zeigen eine grofse Neigung zu krebsiger Entartung. 3. Für eine parasitäre Entstehung der Blasentumoren haben sich keine Beweise auffinden lassen. 4. Ein Einflufs von Anilinvergiftung auf die Entstehung von Blasentumoren ist nicht von der Hand zu weisen. 5. Die Exstirpation auch der gestielten Blasentumoren mufs, um radikal zu sein, durch Umschneidung der Geschwulstbasis in anscheinend gesunder Blasenwand und im Zusammenhange mit dieser erfolgen.

Dreysel-Leipzig.

Ein neues Instrumentarium zur Vornahme endovesikaler Operationen und des Ureterenkatheterismus beim Weibe. Von Latzko. (Wiener klin. Rundschau Nr. 37, 1900.)

L. hat das Instrumentarium vom Cystoskop vollständig getrennt und es dadurch ermöglicht, das erstere vollständig zu sterilisieren und auf diese Weise Infektionen mit Sicherheit vermeiden zu können. Das betreffende Instrument (Curette etc.), dessen Blasenende ein ganz beträchtliches Volumen haben kann, wenn nur der in der Urethra liegende Teil ein geringes Kaliber besitzt, wird vor dem Cystoskope eingeführt. Ein grofser Vorteil ist, dafs das Instrument mit dem Cystoskope in der Urethra unter spitzem Winkel gekreuzt werden kann.

von Hofmann-Wien.

Eine Verbesserung meines Harnleitercystoskops. Von L. Casper. (Monatsber. üb. d. Gesamtleistungen auf d. Gebiete d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparats, Bd. V, H. 6.)

Die Verbesserungen, die C. an seinem Ureterencystoskope angebracht hat, sind folgende: Wegfall des lichtraubenden Doppelprismas am Okularende. Zur Verschiebung des Deckels, der die obere Wand des Kanales für die Katheter bildet, wurde nach vorn und rückwärts ein Hebel angebracht, mit dem eine sichere und bessere Einstellung des Deckels möglich ist. Die wichtigste Veränderung ist jedoch die, dafs der zur Aufnahme des Ureterenkatheters bestimmte Kanal nunmehr zwei Röhren trägt, und dafs es dadurch möglich ist, Katheter verschiedener Stärke in die Ureteren zu bringen. Das ganze Instrument hat nach wie vor ein Kaliber von 23 Ch., doch können jetzt dünne und dickere Katheter bis Ch. 8 Anwendung finden. Die Einzelheiten müssen im Original, dem eine erklärende Abbildung beigegeben ist, nachgelesen werden. Dreysel-Leipzig.

Über die Ureterkatheterisierung im Dienste einiger neuer Methoden der Nierendiagnostik. Von Dr. G. Illyés. (Orvosi Hetilap 1900, Nr. 18.)

In einem in der Kgl. Ärztegesellschaft zu Budapest abgehaltenen Vortrage berichtet J. über seine Erfahrungen, die er in 12 Fällen mit der zu diagnostischen Zwecken vollführten Ureterkatheterisierung sammelte. Der Urin wurde dabei nach drei Richtungen hin untersucht und zwar wurde der ClNa-Gehalt desselben bestimmt, dann die Permeabilität der Niere nach Methylenblauinjektion und schliefslich der Gefrierpunkt des Harns und des Blutes nach A. v. Korányis Methode festgestellt. Mittelst dieser Untersuchungsmethoden gelang es in allen Fällen bestimmt zu konstatieren nicht nur die Intaktheit der anderen Niere, sondern auch den Grad ihrer eventuellen Mitergriffenheit. Deshalb sollte die Katheterisation des Ureters bei chirurgischen Nierenaffektionen nie unterlassen werden, da immerhin wichtige Schlüsse für die Diagnose daraus gefolgert werden können, besonders und am präzisesten durch die Korányische Gefrierpunktsbestimmungs-Methode, wo die eventuelle Feststellung der Gefrierpunktserniedrigung nicht nur des Harnes, sondern auch des Blutes von grofser Wichtigkeit ist, da hieraus immer gewisse prognostische Schlüsse gezogen werden können. Mit der Untersuchung mit Methylenblau-Injektionen kann die kompensatorische Hypertrophie einer Niere recht wohl erkannt werden. J. Hönig-Budapest.

Urétéro-colostomie. Von Michaux. (Société de chirurgie, 25. Juli 1900.)

Bei einer 32jährigen Pat. sah sich M. wegen Obstruktion des Ureters durch ein Ovarialkarcinom genötigt, den Ureter ins Coecum zu implantieren. Die Pat. befindet sich seit 4 Monaten wohl.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Combined nephrectomy and ureterectomy. Von E. E. Montgomery. (Americ. Gynecol. Soc., Washington 1900, 1.—3. Mai.)

M. berichtet über einen Fall von Nierenciterung, bei dem er, trotzdem

dafs Tuberkelbazillen nicht nachweisbar waren, Tuberkulose der Niere und des Ureters angenommen hatte. Er hatte die Niere und den gesamten Ureter exstirpiert, worauf Heilung eingetreten war. Die Diagnose war bei der Operation bestätigt worden. Dreysel-Leipzig.

2. Erkrankungen der Prostata.

1. Action du liquide de la prostate externe du hérisson sur le liquide des vésicules séminales. Nature de cette action. Von Camus und Gley. (Compt. rend. de l'Académie des sciences S. 351, 30. Juli 1900.)

2. Sur quelques proprietés et réactions du liquide de la prostate interne du hérisson. Von Camus und Gley. (Ibidem S. 353.)

1. Das Zusammenballen des Samenblaseninhaltes vom Igel unter dem Einflusse des Saftes der äufseren Prostata (Coopersche Drüse) dieses Tieres ist ein zusammengesetzter Vorgang. Er besteht aus einer Agglutination der geformten Elemente und einer Fällung der albuminoiden Substanzen.

2. Der Saft der Prostata interna beim Igel reagiert alkalisch, wird durch Neutralisation und Kochen ausgefällt. Durch Ausfällen mit Alkohol, Trocknen und wieder Auflösen in Aq. destill. erhält man eine Flüssigkeit mit den Eigenschaften des Originalsaftes wieder. Setzt man ein Tröpfchen hiervon zum Saft der Prostata externa des Igels, so bildet sich eine dicke gelatinöse Masse, aus welcher reichliches Serum ausgeprefst wird. Eine Erhitzung bis auf 100° ändert nichts an dieser koagulierenden Eigenschaft. Er koaguliert auch sonstige Körperbestandteile wie Blutkörperchen, Milchkörperchen etc. mit Ausnahme des Samenblaseninhaltes des Igels. Dadurch unterscheidet er sich vom Sucus der Prostata externa, dem er sonst in jeder Hinsicht gleicht.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Acute traumatic prostatitis of external origin, involving the bladder and seminal vesicles. Von J. N. Thompson. (New York Med. Journ. 1900, 7. Juli.)

Der Fall betrifft einen 51jähr. Mann, der beim Radfahren ein Trauma am Perineum erlitt; unmittelbar darauf stellten sich heftige Schmerzen und alle Symptome einer akuten Prostatitis, Urindrang, Hämaturie, schmerzhafte Defäkation, ein. Unter symptomatischer Behandlung liefsen die Beschwerden bald nach, exacerbierten aber nach Einführen eines Katheters wieder. Sieben Wochen nach dem Unfall fand T. noch das Bild einer akuten Entzündung der Prostata, die auch auf Blase und Samenblasen übergegriffen hatte, vor. Unter einer rein symptomatischen und konservativen Behandlung trat nunmehr bald völlige Heilung ein. Dreysel-Leipzig.

A propros des prostatites; procédé de drainage dans un cas de suppuration gangréneuse de la prostate. Von L. Le Clerc-Dandoy. (Journ. Med. de Bruxelles 1900, 14. Juni.)

Die häufigste Form der Prostatitis ist die gonorrhoische. Verf. be-

spricht kurz die Momente, die eine Ausbreitung des gonorrhoischen Prozesses von der hinteren Harnröhre auf die Prostata begünstigen, z. B. unzweckmäfsige Lebensweise, fehlerhaftes Injizieren, Bougieren. Weiter wird Symptomatologie und Therapie der Prostatitis besprochen. Bei der Behandlung der Prostataeiterungen spielt rechtzeitiges Incidieren eine grofse Rolle, wichtig dabei ist auch die Wahl der Incisionsstelle; Verf. erörtert letzteren Punkt ausführlicher. Zum Schlufs werden drei Fälle angeführt: Bei den beiden ersten handelt es sich um eine gonorrhoische Prostatitis; nach Incision trat bei diesen baldige Heilung ein. Der 3. Fall stellt eine phlegmonöse Prostatitis kombiniert mit Harnröhrenstriktur und Harnröhrenzerreifsung dar; Incision am Perineum bei gleichzeitiger Punktion der Blase und ausgiebiger Drainage konnte hier das letale Ende nicht verhindern.

Dreysel-Leipzig.

Étude clinique de huit cas de prostatite chronique. Von Dr. Delagrammatica. (Soc. imp. de Méd. de Constantinople, Mai 1899.)

Die an sich recht fleifsige Arbeit bringt für uns Deutsche wenig neues. Verf. fand bei allen seinen Fällen von Prostatitis Gonorrhoe als Ursache und zwar der hinteren oder auch nur der vorderen Harnröhre. In 5 Fällen unter 8 bestanden gleichzeitig knotige Verdickungen der Nebenhoden und in dreien mehr oder weniger enge Strikturen.

Die Behandlung bestand in Auswaschungen der hinteren Harnröhre mit Kalium permanganicum, Instillation von 1%—4% Höllensteinlösung und Massage der Prostata. Koenig-Wiesbaden.

L'iscuria prostatica. Von Bottini. (Firenze, N. Niccolai 1900.)

Aus der eingehenden Monographie B.s über die Ischuria prostatica sei hier nur das wichtigste erwähnt: Verf. bespricht zunächst die anatomischen Verhältnisse. Nach den histologischen Untersuchungen B.s kann die Hypertrophie der Prostata dem Ursprunge nach eine excentrische oder koncentrische und der Art nach eine fibröse, glanduläre oder adeno-fibröse sein. Diagnostisch darf die senile Dyrurie nicht mit der Ischurie der Prostatiker verwechselt werden. Bei letzterer lassen sich drei Stadien unterscheiden: Im ersten Stadium besteht Pollakiurie ohne Polyurie, im zweiten Polyurie und zuweilen urämische Symptome, im dritten absolute Ischurie, öfters kombiniert mit Inkontinenz, Harnfieber, urämischer Kachexie. Therapeutisch kommen vor allem Dilatation, Cautherisation, blutige Incision und Excision in Betracht. Die einfachste und wirksamste Methode stellen die thermo-galvanischen Incisionen dar. B. beschreibt den von ihm angegebenen Prostataincisor; er giebt eine Übersicht über seine Heilerfolge, welche die Wirksamkeit der Methode beweisen. Dreysel-Leipzig.

Du cathétérisme de l'urètre chez les prostatiques. Von Pensau. (Thèse Paris 1900, Presse méd. S. 120.)

Enthält anscheinend nur Bekanntes.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.



Zur Krankenpflege bei Prostataleiden. Von F. Kornfeld. (Wiener med. Blätter 1900, Nr. 8—10.)

Bei Prostataleiden sind allgemeine hygienisch-diätetische Mafsregeln, sowie eine sachgemäfse Krankenpflege von gröfster Bedeutung. Zu vermeiden sind alle Schädlichkeiten, die eine Kongestion der Beckenorgane verursachen, die Bettruhe darf daher nicht allzulang ausgedehnt, die Darmfunktion mufs streng geregelt werden. Vor Erkältung müssen sich die Kranken sorgfältig hüten, jedem Urindrang, auch bei Nacht, ungesäumt nachkommen. Der Coitus in mäfsigen Grenzen ist erlaubt. Von wohlthätiger Wirkung sind Sitzbäder, Massage, lauwarme Eingiefsungen am Morgen zur Regelung des Stuhles. Die Flüssigkeitszufuhr ist nach Möglichkeit zu beschränken, Bier, wenn irgend thunlich, ganz zu verbieten. Vorteilhaft sind die jodhaltigen Bäder von Hall, Kreuznach, die indifferenten Thermen von Teplitz, Gastein etc. Bei den schweren, fieberhaften Formen erheischen die verschiedenen, quälenden Symptome, Schüttelfrost, Harndrang, Erbrechen eine besondere Behandlung. Aufserordentlich wichtig ist der regelmäfsige und richtige Gebrauch des Katheters seitens des Kranken selbst. Bei all' den genannten Mafsnahmen wird eine sachgemäfse Krankenpflege viel leisten können, zu bedenken dabei ist jedoch immer, dafs jede unnütze Belästigung des Kranken sorgfältig vermieden werden mufs.

Von den akuten Erkrankungen der Prostata ist die akute Prostatitis die wichtigste. Bekämpfung der Obstipationen, Suppositorien leisten hierbei gute Dienste. Auch bei der chronischen Prostatitis spielen neben Massage hygienisch-diätetische Mafsregeln, sowie eine sorgsame Pflege des Kranken eine grofse Rolle. Dreysel-Leipzig.

Über die Kastration bei Prostatahypertrophie. Von Lanz. (Correspondenzblatt f. Schweiz. Ärzte 1900, S. 329.)

L. tritt auf Grund von 4 Operationen (1 Todesfall), welche 3 Patienten völlige symptomatische Heilung brachte, sehr warm für diese Methode ein. Er legt den Samenstrang über dem vorderen Leistenring frei und reseziert ihn möglichst weit central.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Prostatic atrophy after castration. Von E. L. Keyes. (Med. Record 1900, 21. Juli.)

Verf. hatte bei einem Kranken wegen beträchtlicher glandulärer Hypertrophie der Prostata die Kastration vorgenommen. 10 Monate später waren klinische Erscheinungen und objektiver Befund noch absolut unverändert. An den nunmehr durch Prostatektomie entfernten Prostatagewebe liefsen sich weder makroskopisch noch mikroskopisch irgend welche Zeichen einer Atrophie nachweisen. Die Schlufsfolgerungen K.s lauten: Der direkte anatomische Nachweis, dafs Castration wirklich zur Atrophie der hypertrophischen Prostata führt, ist bis jetzt noch nicht erbracht. Dagegen ist bei einer Anzahl von Fällen bewiesen, dafs die Kastration eine Atrophie der hypertrophischen Prostata nicht bewirkt hat. Besserungen, die unmittelbar nach der Kastration folgen, sind auf eine Verminderung der Kongestion zurückzuführen; Hei-

lungen, beruhend auf wirklicher Atrophie der Drüse, können sich erst Monate nach der Operation äufsern. Dreysel-Leipzig.

Prostatectomy. Komplete Recovery. Von A. B. Johnson. (New-York Acad. of Med. Sect. on gen.-urin. Surg. 21. Febr. 1900.)

Es war ein 60jähriger Mann, der durch perineale Prostatektomie von seiner Dysurie befreit wurde.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Zur Statistik und Technik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, mit Demonstration eines gemeinsam mit Dr. Bierhoff konstruierten cystoskopischen Prostataincisors. Von A. Freudenberg. (Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir., XXIX. Kongrefs, 1900, 18.—21. April.)

F. hat die Bottinische Methode 77 mal bei 61 Kranken ausgeführt. Aus seinen eigenen und aus den in der Litteratur publizierten Fällen ergeben sich $4^1/_4$—$5^1/_2$ % Mortalität, $6^1/_2$ % Mifserfolge, 88 % Erfolge und zwar von diesen etwa $^2/_3$ Heilungen, $^1/_3$ Besserungen. Die Ursache der Mifserfolge liegt fast immer in einer ungenügenden Beseitigung des Mictionshindernisses, indem die Schnitte zu seicht, nicht genügend lang sind, oder unzweckmäfsig liegen. Im allgemeinen genügen Schnitte von $2^1/_2$—$3^1/_2$ cm Länge; über 5 cm lange sind selten nötig. F. demonstriert zwei Kranke, bei denen die Heilung bis jetzt 3, resp. $2^1/_2$ Jahre angehalten hat. — F. zeigt noch einen von ihm und Dr. Bierhoff konstruierten Prostataincisor, bei dem in vielen Fällen eine Operation unter Leitung des Auges möglich ist.

Dreysel-Leipzig.

Contributo alla cura della ipeitrofia prostatica colla dieresi termogalvanica. Von Pisani. (Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900, Nr. 54.)

Nach P. sind die Vorzüge der Bottinischen Methode vor allem folgende: Sie ist leicht und ohne Gefahr für den Kranken ausführbar, kann daher ohne Schaden mehrmals wiederholt werden; eine Narkose ist nicht nötig. Bei der Lokalanästhesie zieht P. das Antipyrin dem Cocaïn vor.

Dreysel-Leipzig.

Prostatic hypertrophy. Von P. Syms. (Amer. Med. Assoc. 51. Meeting, 1900, 5.—8. Juni.)

Der Prostatahypertrophie kommt eine grofse Bedeutung zu, da sie sehr häufig ist und da Komplikationen bei derselben des öfteren auftreten. Bei der Behandlung zieht S. die Prostatektomie der Bottinischen Methode vor. Kontraindiziert ist erstere bei Erkrankungen der Nieren und bei Arteriosklerose. Operativ eingegriffen soll dann sofort werden, wenn ein spontanes Urinieren nicht mehr möglich ist. Am besten geht man vom Perineum aus vor. Empfehlenswert ist eine gleichzeitige kleinere Incision in der Regio pubica, von der aus die Prostata nach unten gedrückt werden kann; letzteres erreicht man durch einfachen Fingerdruck oder noch besser durch Einführen eines mit Wasser gefüllten Ballons in Urethra post. und Blase.

Dreysel-Leipzig.



Bottinis operation for the cure of prostatic hypertrophy; reports of cases. Von W. Meyer. (Med. Record 1900, 12. Mai.)

Verf. stellt zunächst die Indikationen für die Bottinische Operation fest und giebt eine Beschreibung der Methode. Er hat 24 Fälle auf diese Weise behandelt; 9 von diesen wurden geheilt, 7 für 6 Monate bis $2^1/_4$ Jahre wesentlich gebessert, 2 blieben ungebessert. Als direkte Folge der Operation waren zwei Todesfälle zu verzeichnen, einer infolge akuter Sepsis, einer infolge Eiterung im Cavum Retzii. Zwei weitere Kranke starben an chronischer Nephritis, einer an perniciöser Anämie.

Dreysel-Leipzig.

Zur Prostatahypertrophie. Von Prof. Dr. Josef Englisch. (Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 25. Mai 1900.)[1])

Die Prostata entwickelt sich am Ende des dritten Embryonalmonates am Grunde des Sinus urogenitalis aus Epithelausstülpungen genau so wie andere azinöse Drüsen, und zwar seitlich und am Grunde neben der Mittellinie. Erstere (20—26) Läppchen bilden die Seitenlappen der Prostata; letztere zwischen Blasenwand und Samengängen als mittlerer Lappen.

Je nach der Entwicklung haben wir eine Prostata

1. a) nur mit den zwei seitlichen Lappen;
   b) mit allen drei Lappen; letztere geben eigentlich die normalen Verhältnisse wieder;
2. Diese Formen finden sich
   a) bei Neugeborenen;
   b) weiter in jedem Alter.

Die Pars prostatica urethrae bildet bei der ersten Form eine gleichmäfsige Krümmung von gröfserem Halbmesser, daher für jede Katheterart durchgängig; bei letzterer eine winkelige Form, eignet sich daher für Instrumente mit kurzer Krümmung (Merciers Katheter). Der mittlere Lappen liegt hoch oben, ohne Knickung des Harnrohres, tiefer unten oder ganz nahe den Samengängen mit winkeliger Form der Harnröhre, im letzteren Falle um so stärker.

Dieselben Formen finden sich bei Neugeborenen und in allen Altersstufen.

3. Die Seitenlappen zeigen drei Formen:
   a) die flache,
   b) die kugelige,
   c) die höckerige.
4. Die beiden Seitenlappen sind
   a) gleich,
   b) ungleich, und zwar der rechte oder linke gröfser.
5. Bei dreilappigen stehen
   a) alle drei in gleichem Verhältnisse,

[1]) Autoreferat.

b) in ungleichem Verhältnisse,

c) der mittlere Lappen überwiegt die Seitenlappen oder umgekehrt.

Dieselben Formen finden sich beim Neugeborenen und Erwachsenen.

Durch diese Verhältnisse bilden sich die mannigfachsten Formen der Vorsteherdrüse.

Alle Angaben wurden durch Präparate Neugeborener und Erwachsener belegt.

Wie verhält es sich nun bei vergröſserter Vorsteherdrüse?

Wir finden genau dieselben Verhältnisse vor:

1. Vorsteherdrüsen mit zwei seitlichen Lappen ohne Mittellappen:
   a) von gleicher Gröſse,
   b) von ungleicher Gröſse, bald der rechte, bald der linke gröſser.

Besonders schön lassen sich diese Verhältnisse an rein ausgeschälten Vorsteherdrüsen zeigen. Sogar jene Form, bei welcher der eine oder beide Lappen sich gegen den Harnröhrenkanal vorwölben, findet sich vorgebildet. Die verschiedensten Formen finden sich aber bei Vorsteherdrüsen mit drei Lappen vor.

Da es unmöglich ist, alle an Präparaten darstellbare Formen in der Versammlung vorzuführen, da dies viel zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde, so sollen nur die vorzüglichsten Formen vorgelegt werden.

Wir unterscheiden:

1. Vergröſserung des mittleren Lappens ohne Vergröſserung der beiden Seitenlappen; letztere wieder:
   a) gleich,
   b) ungleich.

2. Vergröſserung beider Seitenlappen bei kleinem mittleren Lappen. Seitenlappen
   a) gleich,
   b) ungleich.

3. Vergröſserung aller drei Lappen:
   a) alle gleichmäſsig;
   b) der mittlere Lappen überwiegt; derselbe ist schon an kleineren Vorsteherdrüsen deutlich nachweisbar und bildet
      α) einen gestielten Lappen, d. h. einen solchen, welcher mit schmaler Basis dem hinteren Umfange der inneren Harnröhrenöffnung aufsitzt und sich, allmählich an Breite abnehmend, bis zum Samenhügel fortsetzt;
      β) der mittlere Lappen bildet einen breiten Wall um die innere Harnröhrenöffnung, und zwar beide entweder gleichmäſsig oder durch Einschnitte in mehrere Teile gesondert.

Alle diese Formen lassen sich an den vorliegenden Präparaten von der kleinsten Vorsteherdrüse bis zur weitgehendsten Vergröſserung verfolgen, so daſs die Präparate eine zusammenhängende Kette bilden.

Wenn wir demnach das Vorstehende zusammenfassen, so ergiebt sich:

1. die verschiedensten Formen der Vorsteherdrüse finden sich vom Neugeborenen durch alle Altersstufen;
2. dieselben Formen finden sich in kleinen Vorsteherdrüsen und vergröfserten.

Die äufsere Form der vergröfserten Vorsteherdrüsen findet sich schon im Neugeborenen vorgebildet, d. h. die äufsere Form der vergröfserten Vorsteherdrüsen ist in der Anlage derselben begründet.

Selbst die excefsivsten Formen, sowie seltene Formen zeigen dieselbe Anlage.

Zum Beweise der Begründung der Form in der Anlage können zwei Präparate angeführt werden, wo sich im prostatischen Teile am Winkel des horizontalen mit dem aufsteigenden Teile eine nach hinten gerichtete Ausbuchtung findet. Diese Ausbuchtung, als der vergröfserten Vorsteherdrüse angehörig und mit der Vergröfserung entstanden, findet sich schon beim Neugeborenen.

Was die Vergröfserung in ihrem gröfsten Durchmesser anbelangt, so ergiebt die Betrachtung der Präparate, dafs

1. Vorsteherdrüsen mit zwei Lappen keine solche Gröfse erreichen als die dreilappigen;
2. jene Vorsteherdrüsen werden um so gröfser, in denen die Drüsensubstanz überwiegt, daher die adenoide Form die gröfsten Exemplare aufweist, die geringste Vergröfserung jene, in welchen die Muskelmasse überwiegt.

Da die dreilappigen Vorsteherdrüsen entschieden schon in der Entwicklung eine gröfsere Vitalität aufweisen als die zweilappigen, so läfst sich die enorme Gröfse, welche dreilappige Vorsteherdrüsen erreichen können, aus der gröfseren Vitalität derselben gegenüber den zweilappigen erklären.

In meinem zweiten Vortrage werden die näheren anatomischen Verhältnisse in Betracht gezogen werden, sowie jene Umstände, welche auf die Vitalität Einflufs nehmen können.

Ein Fall von Stein der Prostata. Von A. Gabszewicz. (Gaz. lekarska 1899, Nr. 50.)

Der 32jährige Kranke G.s hatte vor 10 Jahren Gonorrhoe durchgemacht und litt seit 2 Jahren an Harnbeschwerden. In der Pars membranacea der Harnröhre war anscheinend eine hochgradige Striktur vorhanden. Die Prostata war vergröfsert, sehr hart. Bei der äufseren Urethrotomie fand sich im Parenchym der Prostata ein Stein, der in das Lumen der Harnröhre hineinragte und so eine Striktur vortäuschte. Der Mann starb 12 Tage später an Septikämie. Die Länge des birnförmigen Steines betrug $5^1/_2$, die Breite 4 cm, das Gewicht 60 g. Die Schale bestand aus Kalciumphosphaten und Oxalaten, der Kern aus Uraten. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von primärem Sarkom der Prostata bei einem $8^1/_2$jährigen Knaben. Von A. Schalek. (Prager med. Woch. 1899, Nr. 43 u. 44.)

Verf. stellt die 27 bisher publizierten Fälle zusammen. Bei dem von ihm beobachteten Falle bestand Harnverhaltung, Schmerzen und Anschwellung im Unterleibe; später gesellte sich hierzu Incontinentia urinae. Der höckerige Tumor war vom Abdomen aus fühlbar. Dreysel-Leipzig.

Zur Kasuistik der Prostatakarcinome. Von Dr. Engelhardt. (Virch. Arch. 1899, pg. 568.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Prostatakrebsen, die klinisch unter den Erscheinungen der einfachen Hypertrophie verlaufen sind, meist mit Cystitis und Pyelitis kombiniert waren und erst auf dem Sektionstische richtig erkannt wurden.

Verf. konstatiert, dafs bei seinen Fällen die früher als charakteristisch angesehene Harnröhrenblutung nur 2mal auftrat und dafs die übrigen Krebssymptome (allmähliche Urinretention, Konstipation, Brennen in der Harnröhre während der Miction etc.) ebenso gut bei nicht maligner Prostatahypertrophie vorkommen können. Auch die Form der Schwellung bietet nichts besonderes. Allein die Schmerzen in der Sakrolumbalgegend, den Schenkeln und der Eichel besitzen diagnostischen Wert.

In keinem der vom Verf. untersuchten Fälle hatte das Karcinom auf die Nachbarorgane übergegriffen, während sich stets zahlreiche Lymphdrüsen Metastasen fanden (Inguinaldrüsen, Bronchialdrüsen, Prävertebraldrüsen etc.).
Koenig-Wiesbaden.

3. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Ectopie testiculaire double abdominale. Von Lucas-Championnière. (La Presse Méd. Nr. 47, 13. Juni 1900.)

Besprechung der Operation eines Falles von doppelseitigem wahren Kryptorchismus mit doppelseitiger Hernie, ausgeführt an einem 10jährigen Knaben von äufserst dürftiger Entwickelung wegen Einklemmungsbeschwerden von seiten der Hoden. Schon nach 1 Jahr war die Entwicklung wesentlich vorgeschritten. Jetzt, 12 Jahre später, tadellose kräftige Allgemeinentwicklung; vor wenigen Wochen wurde der linke Hoden wegen erneuter lebhafter Schmerzhaftigkeit entfernt. An diesen Fall anknüpfend spricht Ch. sich dahin aus, dafs, falls es bei der Operation leicht wird, den Hoden nach abwärts zu lagern, es gleichgültig ist, wie man ihn befestigt; wenn nicht jeder Versuch einer Fixation gleich nachteilig sein würde.
Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Fonctions des vésicules séminales et de la prostate. (Journ. de physiol. et de pathol. générale 1900.) Von Jvanoff. (La Presse Méd. Nr. 41, 23. Mai 1900.)

Versuche an brünstigen Meerschweinchen und Hündinnen mit direkt

aus den Nebenhoden gewonnenem Sperma berechtigen zu dem Schlusse, dafs die Befruchtung auch ohne Inhalt der Samenbläschen und der Prostata möglich, beider Sekret jedoch durch Verdünnung des Spermas befruchtungsbefördernd insofern wirkt, als es dasselbe bewegungsfähiger macht.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Le début de la spermatogénèse. Von Dr. Leprince. (Annales des mal. des org. génit.-urin. 1900, Nr. 6.)

Verf. hat bei 25 Knaben Untersuchungen über das Eintreten der Pubertät angestellt. Er kommt zu dem Resultat, dafs ein ganz bestimmtes Alter nicht angegeben werden kann, vielmehr die Entscheidung von dem Nachweis der Spermatozoen abhängig sei. Vor dem 13. Lebensjahre beobachtete er nie Spermatozoen und durchschnittlich liegt die Grenze des ersten Auftretens derselben zwischen dem $12^1/_2$. und $14^1/_2$. Lebensjahre.

Namentlich auch gerichtlich medizinisch ist diese Frage von Bedeutung. Der negative Befund an Samenflecken ist hier, wie L. hervorhebt, ohne Bedeutung, da selbst eine ganz minimale Anzahl von Spermatozoen zur Schwangerschaft führen kann.

Koenig-Wiesbaden.

Über Charcot-Leydensche Krystalle und Sperma-Krystalle. Von B. Lewy. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 33). Nach B.s Untersuchungen ist keine Identität zwischen den beiden Arten von Krystallen, wie es in der Litteratur vielfach angegeben wird, vorhanden; schon die Formen sind verschieden, die ersten monoklinisch, die zweiten hexagonal; die Spermakrystalle färben sich mit der Florenceschen Lösung, viel Jod und Jodkalium mit wenig Wasser, schön braun bis violett, die anderen nicht; die Spermakrystalle sind stark, die Charcot-Leydenschen nur schwach doppelbrechend. Ferner sind überall da, wo Charcot-Leydensche Krystalle vorkommen, auch die eosinophilen Zellen zu finden, während nach den Untersuchungen L.s im Sperma diese Zellen, wenn überhaupt, jedenfalls nur sehr spärlich nachzuweisen sind. Die chemische Beschaffenheit beider Krystallarten, besonders der Charcot-Leydenschen, ist noch sehr unaufgeklärt.

Paul Cohn-Berlin.

Färbetechnisches zur Kenntnis der Spermatosomata hominis. Von Pappenheim. (Biologisches Centralblatt, XX, Nr. 11.)

Verf. hat verschiedene für andere Zwecke angegebene Färbemethoden auch für Spermatozoen angewendet und sehr hübsche Färbungen erzielt. So färbt sich nach der von Romanowsky zur Färbung der Malariaplasmodien angegebenen Methode (in der Nochtschen Modifikation) der Geifselschwanz blau, der ihm aufsitzende Teil des Köpfchens rosa, während die restierende periphere Hülle um dasselbe immer blau erscheint. Verwendet man eine Methylgrün-Pyroninlösung, so erscheint das ganze Köpfchen grün, das Mittelstück rot und der Rest der Schwanzgeifsel bleibt ungefärbt. Auch die Löfflersche Geifselfärbung läfst sich auf Spermatozoen anwenden. Es erscheinen die Köpfe violett, die Schwänze rot, die Mittelstücke nicht besonders differenziert.

von Hofmann-Wien.

Zur Frage der Florenceschen Probe für die Diagnose der Spermaflecken. Von D. Dawidow. (Wratsch Nr. 27 u. 28 u. Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Der Wert der Florenceschen Reaktion erfährt neuerdings eine Einschränkung, denn der Verf. konnte die Florenceschen Spermakrystalle auch aus den Blüten, Staubfäden und Fruchtresten verschiedener Pflanzen (Hyacinthen, Chrysanthemum, Alpenveilchen etc.) durch Behandlung mit dem Fl.schen Reagens darstellen. Ludwig Manasse-Berlin.

Orchite typhoidique. Von P. E. Launois et Loeper. (La Presse Méd. Nr. 41, 23. Mai 1900.)

Ein an mittelschwerem Typhus erkrankter 40jähriger Mann war am 26. Tage entfiebert, als 10 Tage später bei plötzlicher Temperaturerhöhung auf 39,6° C. eine Hodenentzündung auftrat, in deren Verlauf nach weiteren 25 Tagen ein Abscefs der vorderen Seite der linken Hodensackhälfte sich bildete. Incision. Heilung erst nach 50 Tagen.

Die Widalsche Reaktion, Blutuntersuchungen, bakteriologische Beobachtungen während des Typhus und während der in der Rekonvalescenz aufgetretenen Hodenentzündung werden eingehend geschildert.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

De l'épididymo-orchite typhique. Von P. Do. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900, No. 32.)

An der Hand von 39 von ihm gesammelten Fällen giebt Verf. eine genaue Beschreibung der Epididymoorchitis typhosa. Die begünstigenden Momente zum Zustandekommen der Affektion sind noch nicht genügend klargestellt. Gewöhnlich entwickelt sich die Krankheit in der Rekonvalescenz der Krankheit und zwar vielfach unter Fiebererscheinungen. Das klinische Bild ist von dem bei anderen Hodenerkrankuugen wesentlich verschieden. Die Prognose ist insofern nicht besonders günstig, als bei einem beträchtlichen Teil der Fälle (8 von 39) Eiterung eintritt. Die Therapie hat vor allem die Aufgabe, den Schmerz zu lindern. Bei Eiterung ist chirurgische Behandlung angezeigt. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von mit Thiol behandeltem chronischem Ekzem des Hodensackes. Von Herbsmann. (Jeschenedelnik. Bd. 6, Nr. 46.)

H. hat bei einem Fall von chronischem Skrotalekzem, bei dem die gebräuchlichen Medikamente ohne Wirkung geblieben waren, Thiol mit sehr gutem Erfolge angewandt. Das Medikament wurde anfangs 2mal täglich, später alle 2—3 Tage einmal appliziert. Nach 2 Tagen war das Jucken vollständig geschwunden, nach 4 Wochen die Haut des Skrotums wieder völlig normal. Ein Recidiv war nach 3 Monaten noch nicht eingetreten.

Dreysel-Leipzig.

Cystic tumors of the testis and epididymis. Von J. B. Bullitt (Med. Record 1900, 2. Juni.)

Verf. beschreibt eingehend verschiedene Fälle von cystischen Tumoren

des Hodens und Nebenhodens. Eröffnung des Skrotums und Spaltung der Cysten hält er für die beste Behandlung. Dreysel-Leipzig.

Case of Lymph Scrotum after Operation. Von Pederson. (New-York Academy of Med. Section on genito-urin. Surg., 9. Jan. 1900.)

Der Pat., welcher bereits wegen eines enormen Lymphoms des Skrotums vorgestellt worden war, wurde durch Abtragung der ergriffenen Scrotalpartie von der Geschwulst befreit. Die Befürchtung, dafs der zurückgebliebene Scrotalstumpf sich elephantiastisch vergröfsern werde, hat sich als unbegründet erwiesen. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Tumors ergab, dafs er aus lockerem Bindegewebe bestand, dessen Maschen mit Lymphe erfüllt waren. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Über traumatische Entzündung des Samenleiters. Von Prof. Englisch. (Wiener allgem. mediz. Zeitung 1900.)

Die Entzündungen, nie direkt auf den Samenleiter zwischen Nebenhoden und Samenblasen beschränkt, indirekt mit Erkrankungen anderer Organe verbunden, auch fortgeleitete genannt. Letztere die häufigere Form; erstere von Hunter, Fournier, Rayer, Ricard, Schepoler beschrieben, selten. Die disponierenden Ursachen sind: Dünnheit der Schleimhaut, geringes Lumen des Samenleiters; vorausgegangene Erkrankungen, schlechte Ernährung. Veranlassende Ursachen: Gewalteinwirkungen; Zusammendruck durch die Muskeln der Bauchwand im Leistenkanale, wo der Samenleiter fixiert und am Schambeine aufliegt; Zusammendrücken der Gefäfse des Samenstranges.

Der Samenleiter bildet einen Strang von harter Konsistenz, 1—1½ cm Durchmesser, glatter oder mit rundlichen Erhabenheiten, oft erst bei starkem Drücken wahrnehmbaren, versehener Oberfläche, von spindelförmiger Gestalt. Selten dem Samenleiter fest anhängende, von der Muskelhaut ausgehende Knoten. Bei Ausbreitung auf das umgebende Zellgewebe entsteht eine von Fascia Cowperi begrenzte; gegen den Leistenkanal abnehmende, sich in die Darmbeingrube fortsetzende Geschwulst, welche den Samenleiter nach hinten und die Venen des Samenstranges als Stränge wahrnehmen läfst. Die Geschwulst, anfangs schwammig, wird allmählich derber, die Teile sind nicht mehr unterscheidbar. Die Höhe erreicht oft 2—4 cm. Die Infiltration des Zellgewebes kann bis zu den Samenblasen und Nieren reichen, mit Erscheinungen der Peritonitis. Desgleichen Ausbreitung der Entzündung auf Hoden, Nebenhoden und Samenblasen, deren Erscheinungen oft die des Samenleiters decken. Eine weitere Komplikation Phlebitis am Plexus pompiniformis und Thrombon der Venen. Selten sind gleichzeitige Blutextravasale mit ihren Veränderungen, bei Zerreifsung der Gefäfse durch die Gewalt.

Subjektive Erscheinungen sind: Gefüht von Schwere, ein dumpfes Gefühl, Schmerz, welche oft zuerst im Hoden, Nebenhoden oder im Becken gefühlt werden. Bei stärkeren Gewalten treten diese Erscheinungen alsbald im Samenleiter auf. Schmerz und Druckempfindlichkeit können sehr intensiv sein und Einklemmungserscheinungen vortäuschen; insbesondere bei rascher

Ausbreitung der Entzündung oder beim Übergange in Eiterung mit Steigerung aller Erscheinungen, örtlich und allgemein. Fühlbar nur bei heftigen Graden der Eiterung oder Phlebitis. Bei Ausbreitung auf das subgenitoneale Zellgewebe immer peutomitische Erscheinungen. Ebenso bei Phlebitis am Plexus peripostaticus. Typisch wiederkehrende Fieberanfälle lassen unter den letzten Umständen auf Pyämie schliefsen.

Ausgang in die chronische Schwellung häufig. Bei belasteten Individuen besteht die Gefahr der Tuberkulisierung.

Bei Behandlung strenge Anwendung der Kälte, bei Gefahr der Eiterung rasche Einschnitte, Eröffnung der Fascia Cowperi als Entspannungsschnitt zu empfehlen. Bei chronischem Verlaufe später erweichende Mittel und Bäder.

Ein Beitrag zu den Harnsteinen am Hoden. Von Zotos. (Centralbl. f. Chir. 1900, 4. Aug.)

Bei dem Falle Z.s handelt es sich um einen 45jährigen Mann, bei dem sich seit der Kindheit am Skrotum zeitweise Abscesse entwickelten; blutiger Urin war nie bemerkt worden. Am kindskopfgrofsen Skrotum war die mittlere Partie steinhart, die Hoden waren normal. In der Rhaphe des Skrotums zwei untereinander liegende Fisteln und ein eigrofser Abscefs. Der Urin, der klar und von alkalischer Reaktion war, entleerte sich teils durch die Fisteln, teils durch die Harnröhre. Bei Sondenuntersuchung der Fisteln stiefs man auf einen Stein. Verf. eröffnete den Abscefs, vereinigte die beiden Fisteln durch eine Incision und entfernte vom Septum scroti einen kugelförmigen Phosphatstein, der 345 g wog, 9 cm lang, 8 cm breit und 6 cm dick war. In der Mitte des oberen Randes befand sich eine Rinne, durch die der Urin in die Fisteln flofs. Vier Wochen nach der Operation entleerte sich der Urin noch durch Fisteln und Harnröhre. Der Kranke entzog sich dann der weiteren Beobachtung. Der Stein war offenbar in der Kindheit in der Urethra eingekeilt gewesen, hatte sich dann einen Weg in das Skrotum gebahnt und hier durch weitere Anlagerung von Phosphaten allmählich seine jetzige Gröfse erreicht. Dreysel-Leipzig.

Hydrocèle suppurée consécutivement au cathétérisme. Von Manson. (La Presse Méd. Nr. 47, 13. Juni 1900.)

Der Fall betrifft einen 80jährigen Prostatiker, der seit einigen Jahren mit einer rechtsseitigen Hydrocele behaftet ist; letztere wird, nachdem der Patient seit 18 Monaten täglich von seiner Tochter katheterisiert worden war, akut eitrig, wird incidiert, das Sekret enthält ausschliefslich und nur vereinzelt Streptokokken. Diesbezüglich glatte Heilung. M. weist auf die Häufigkeit des Entstehens von Nebenhodenentzündung nach Katheterisieren hin, hingegen auf das Ausbleiben bezw. geringe Ergriffenwerden einer Erkrankung des Nebenhodens, falls die durch das Vas. deferens abwärts gelangenden Streptokokken in einer schon bestehenden Hydrocele fast reine „Bouillon“ zu ihrer Kultur vorfinden. Der erwähnte Kranke hat übrigens

in jüngster Vergangenheit (2 Jahre später) eine linksseitige Nebenhodenentzündung bekommen, ohne Entzündung der Tunica vaginalis.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Zur Radikaloperation der Varicocele. Von Narath. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 4.)

N. fand bei Kranken mit starker Varicocele regelmäfsig eine beträchtliche Erweiterung des Leistenkanales. Er schlägt vor, den Hauptstamm der Vena spermatica interna im Leistenkanale zu resezieren und letzteren zu verschliefsen. Verf. giebt eine Beschreibung seiner Operation, die in 10—15 Min. ausführbar ist. Er hat 21 Fälle nach dieser Methode mit gutem Erfolge operiert. Ein Recidiv war nach 2—3jähriger Beobachtung noch bei keinem Falle eingetreten.

Dreysel-Leipzig.

Les varicocèles et leur traitement. Von Dr. Tuffier. (Presse Méd. 20. Sept. 1899.)

Verf. weist auf die Verschiedenartigkeit der Varicocelen hin und betont, dafs dementsprechend die Behandlung verschieden sein müsse. Er unterscheidet drei Arten:

1. einfache venöse Ektasie,
2. die Orchidoptose. Unter diesem Namen versteht T. eine Varicocelenbildung, welche durch allmähliche Dehnung der Aufhängebänder der Hoden entsteht, bei normalem Verhalten der Gefäfswandungen,
3. gemischte Varicocele, welche durch Kombination beider Formen gebildet wird. Hierher gehören die oft ganz enormen bis halb zum Knie herabreichenden von fingerdicken geschlängelten Gefäfsen gebildeten Hodenbrüche.

Die erste Form mufs durch Resektion des hinteren Bündels der Gefäfse geheilt werden, bei der zweiten führt ausgedehnte Hautexcision zum Ziele und im dritten Falle müssen beide Operationen gemacht werden.

Verf. weist noch auf den Zusammenhang der Varicocele mit anderen Erkrankungen, namentlich der Orchidoptose mit Magenerweiterung, mit Mastdarmprolaps etc. hin und warnt vor Operation bei Neurasthenikern, da gerade hier die Beschwerden sich nicht mit der Gröfse der Varicocele decken und häufig nach der Beseitigung des Bruches schwere neurasthenische Symptome auftreten.

Koenig-Wiesbaden.

Varicocèle compliqué d'une pointe de hernie; reséction de la veine spermatique interne dans l'intérieur du canal inguinal et une cure radicale de la hernie. Von Loison.

Demonstration des Operierten; der Vorstellende fügt nur hinzu, dafs er das Skrotum nicht reseziert habe, in der Hoffnung, dafs es sich nach der Beseitigung der Varicocele von selbst zurückbilde.

Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Un cas de gangrène des bourses. Von Le Clerc-Dandoy. (Cercle méd. de Bruxelles 1900, 6. Juli.)

Der 21jährige Kranke D.s ward mit einer faustgrofsen Hydrocele ins Hospital aufgenommen. Am nächsten Tage hatte das Skrotum die Gröfse

einer grofsen Melone erreicht. Es konnte sich bei der Affektion um eine Urininfiltration und um eine gangränöse Lymphangitis handeln. Gonorrhoe hatte vorher nicht bestanden, die Harnröhre war intakt. Die Haut des Skrotums war bronzefarben mit einzelnen weifsen Plaques, so dafs auch an Diphtherie gedacht werden mufste. Bei Incision entleerte sich eine von Bakterien vollständig freie Flüssigkeit. Nach 10tägiger Behandlung mit heifsen Bädern hatte sich die Haut völlig abgestofsen, so dafs die Hoden, die sich als gesund erwiesen, frei lagen. Auch der gröfsere Teil des Penis war ergriffen worden, doch trat hier Spontanheilung ein. Der Defekt am Hoden ward durch Transplantation vom Oberschenkel gedeckt.

Dreysel-Leipzig.

Beziehungen der Entzündung der Samenblasen zur atonischen Impotenz. Von Guiteras. (Journ. of cut. and genit. urin. diseases July 1900.)

G. hat in sehr vielen Fällen von atonischer Impotenz gefunden, dafs die betreffenden Kranken an einer Entzündung der Samenblasen litten. Es wurde daher die Therapie auf diese gerichtet und durch Heifswasserdouchen per rectum, Massage etc. mit nachfolgender Behandlung durch Tonika und Elektrizität gute Erfolge erzielt.

von Hofmann-Wien.

Zur Therapie der Impotenz. Von E. Mendel, Berlin. (Die Therap. d. Gegenw. 1900, Juli.)

M. behandelt in dem vorliegenden Aufsatz nur die Impotentia coeundi. Nachdem er an der Hand eines Schemas den Vorgang des normalen Coitus auseinandergesetzt hat, kommt er auf die einzelnen Ursachen, die die Impotenz hervorrufen, zu sprechen. Aufgabe des Arztes ist es, in jedem einzelnen Falle die Ursache aufzudecken und danach die Therapie einzurichten. Eingehender behandelt er diejenige Form der Impotenz, die durch Lähmung oder reizbare Schwäche der Rückenmarkscentren hervorgerufen ist. Bei dieser Form soll in erster Reihe eine wenigstens 6monatliche sexuelle Abstinenz eintreten, ferner mufs das Allgemeinbefinden durch Regelung von Diät, — sie soll vorwiegend vegetarisch sein — Verbot jeder Art von Alcoholicis, Nikotin, aller erregenden Getränke, durch eine milde Kaltwasserkur aufgebessert werden. Galvanisation des Rückenmarkes, faradisches Pinseln an den äufseren Genitalien, ableitende Massage an den Extremitäten kann versucht werden. Von inneren Mitteln hat sich am besten bewährt das Yohimbin entweder innerlich zu 5—10 Tropfen 3mal täglich oder als subkutane Injektion.

Die Wirksamkeit der verschiedenen Apparate, wie z. B. des Gassenschen, schreibt M. im wesentlichen ihrem suggestiven Einflusse zu.

Ludwig Manasse-Berlin.

Echinacea angustifolia; a new and successful aphrodisac for impotence, pseudoimpotence etc. Von C. Stinson. (New York Med. Journ. 1900, 13. Jan.)

Nach St. ruft Echinacea angustifolia in Dosen von 20—60 Tropfen direkt auf die Glans gebracht, in 2—15 Minuten eine Erektion hervor. Die

Wirkung tritt bei allen Formen der Impotenz ein und beruht auf Anregung der Cirkulation und Reizung der sensiblen Nerven.

Dreysel-Leipzig.

Tuberculose aigué primitive de l'épididyme. Von D'Haenens. (Cercle Méd. de Bruxelles 1900, 4. Mai.)

D'H. demonstriert einen Kranken, bei dem er wegen akuter Tuberkulose am rechten Nebenhoden Auskratzung und teilweise Resektion vorgenommen hatte. An keinem anderen Organ war Tuberkulose nachweisbar; der Nebenhoden war also primär erkrankt. Dreysel-Leipzig.

Epididymectomie, abcès testiculaire. Von D'Haeneus. (Cercle Méd. de Bruxelles 1900, 6. April.)

H. demonstriert einen Mann, bei dem er wegen Tuberkulose die Epididymektomie linkerseits vorgenommen hatte. Diese Operation ist bei geeigneten Fällen der Curettage und der Kastration vorzuziehen, da sie einerseits radikaler und darum wirksamer, andererseits schonender und weniger eingreifend ist, indem die Funktion des Hodens, die auf das Allgemeinbefinden von so grofsem Einflufs ist, dabei erhalten bleibt.

Weiter demonstriert H. einen Kranken mit incidiertem Hodenabscefs Abscesse des Hodens sind selten; sie entstehen durch Traumen, bei Gonorrhoe, allgemeinen Infektionskrankheiten, vor allem Typhus. Im vorliegenden Falle waren wegen Schmerzen im Hoden Blutegel angewandt worden; wahrscheinlich waren auf diese Weise Keime in den Hoden gelangt, die eine Abscedierung verursachten. Dreysel-Leipzig.

On double castration for tuberculous testes. Von F. A. Southam. (British Med. Journ. 1900, 21. April.)

S. berichtet über 4 Kranke, die er wegen Hodentuberkulose doppelseitig kastriert hatte. Ein Recidiv trat niemals auf; das Allgemeinbefinden und die übrigen tuberkulösen Herde erfuhren durch die Operation immer eine merkliche Besserung. Dreysel-Leipzig.

Tuberculose génitale du premier âge. Von Moizard und Bacaloglu. (Société anatomique, 22 Juin 1900. La Presse Médicale, 30 Juin 1900.)

Die Verfasser demonstrieren die Präparate eines Falles von Tuberkulose der Testikel, der Prostata und der Samenblasen bei einem Kinde von 15 Monaten. Durch rektale Untersuchung wurde schon in vivo die Diagnose gestellt, da die Prostata vergröfsert und höckerig war. Das Kind starb an einer tuberkulösen Meningitis. F. Fuchs-Breslau.

Ablation de l'appareil génital parla voie inguinale. Von Duval. (Soc. anat., 6. Juli 1900.)

Demonstration von Hoden, vas deferens und ves. seminalis, die vom Inguinalkanal aus nach Loslösung des Peritoneums entfernt wurden.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Testicule cancereux en ectopie abdominale. Von Kaeppelin. (Soc. des sciences méd. de Lyon 1899, 18. Okt.).

Bei dem 40jährigen Kranken K.s bestanden seit 9 Monaten Schmerzen

in der rechten Lendengegend und eine Geschwulst in der rechten Darmbeingrube. Geschwellte Leistendrüsen waren nicht nachweisbar, wohl aber war Cachexie vorhanden. Da der rechte Hoden im Skrotum fehlte, nahm K. Karcinom des ektopierten Hodens an. Bei der operativen Entfernung des Hodens stellte sich heraus, dafs die lumbären Lymphdrüsen bereits erkrankt waren. Die Operationswunde verheilte rasch, die Cachexie nahm aber zu.

Dreysel-Leipzig.

4. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Hermaphroditismus. Von E. Hall, Viktoria. (Americ. Journ. of Dermat. 1900, No. 3.

Ein 14jähr. Mädchen kam zur Konsultation wegen Heiserkeit; dabei Zeichen des männlichen Stimmwechsels. Die Untersuchung ergab männlichen Hermaphroditismus: wohlentwickelte Labien, enorme Klitoris mit Glans und Präputium, das in die Nymphen übergeht. Unter der Uretralöffnung der Introïtus vaginae mit fehlendem Hymen, aber Karunkeln. Vagina endet blind. Durch rektale Untersuchung sind weder Prostata noch weibliche Generationsorgane nachweisbar, dagegen in beiden Leistenkanälen testikelähnliche Gebilde.

Der Körper zeigt männlichen Habitus. Aus Rücksicht auf die bisherige Erziehung der Kranken als Mädchen entschlofs sich Verf. zu einem operativen Eingriff, der sie auch diesem Geschlecht zurückgab, indem er die Testikel entfernte, die Klitoris abtrug und die Nymphen am oberen Ende vernähte.

Federer-Teplitz.

A case of hermaphroditism. Von G. R. Turner. (Lancet 1900, 30. Juni.)

Der Fall betrifft ein 14jähr. Individuum, das bisher für ein Mädchen gegolten hatte, aber noch nicht menstruiert war. In der linken Inguinalregion liefs sich ein rundlicher Körper konstatieren, der für ein Ovarium gehalten wurde; nach Exstirpation desselben erwies sich jedoch, dafs man es mit einem Testikel zu thun hatte. Die äufseren Geschlechtsorgane waren weiblich. Die Vagina war 1½ Zoll lang. Uterus oder Prostata waren nicht vorhanden.

Dreysel-Leipzig.

Glandulopenile hypospadias; two urethras, one extending to the bladder, the other 2½ inches long and terminating in a blind pouch. Von J. C. Stinson. (Boston Med. and Sug. Journ. 1900, 19. Juli.)

Der Inhalt der vorliegenden Abhandlung ist durch den Titel genügend wiedergegeben.

Dreysel-Leipzig.

La circoncision chez les Sakalaves. Von Lasnet. (Presse méd. 1900, Nr. 61, S. 42.)

Bei diesem Volksstamm auf Madagaskar wird diese Operation durch besondere Operateure, „Mpamora“ genannt, in der Weise vollzogen, dafs er Präputium einfach mit einem Rasiermesser abschneidet. Dieses wird dann

mittelst einer Flinte nach Westen geschossen, falls es nicht vom Oheim des Kindes sofort verzehrt wird. Das Ganze vollzieht sich unter grofsen Feierlichkeiten. Der Operateur erhält vor der Operation 1,25 Frcs. und später, wenn alles in Ordnung ist, etwa 5 Frcs. Doch gehen viele Kinder an Hämorrhagie oder Tetanus zu Grunde.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Reflex Neuroses from phimosis. Von S. B. Webb. (Philadelphia Med. Journ. 1900, 19. Mai.)

Der 24jährige Kranke, der ein sehr langes und enges Präputium hatte, litt an Melancholie. Nach der Circumcision trat eine wesentliche Besserung des Geisteszustandes ein.

Dreysel-Leipzig.

Hypospadias féminin. Von Thiercelin, Bernsande und Herscher. (Société Anatomique, 29 Juin 1900. La Presse Médicale. 7 Juillet 1900.)

Ein Fall von Hypospadie bei einem Weibe mit einer beträchtlichen Hypertrophie der Klitoris. Es ist zwar eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Äufseren der weiblichen Genitalien vorhanden, doch fehlt die Öffnung der Vagina. Die voluminöse Klitoris kann für einen kleinen Penis gehalten werden. Uterus und beide Ovarien sind vorhanden, die Vagina, die sich in normaler Weise an den Uterus anschliefst, geht jedoch in den Urethralkanal über.

F. Fuchs-Breslau.

Beiträge zur Kenntnis der Harnröhrendiverticula der Kinder. Von Prof. Johann von Bókay. (Magyar Orvosi Archivum 1900, Nr. 2.)

Harnröhrendivertikel sind bisher in der Litteratur höchst selten veröffentlicht worden; sämtliche Fälle betrafen Kinder männlichen Geschlechtes, nur Lawson Tait erwähnt einen Fall bei einer erwachsenen Frau. Verf. teilt die Divertikel in wahre und falsche. Die ersteren können kongenitalen oder nicht kongenitalen Ursprunges sein. Sämtliche bisher beschriebene Fälle (14 an der Zahl) gehören zur kongenitalen Form, hierzu gelangen noch 3 von Bókay selbst beobachtete Fälle. Auf Grund dieser Kasuistik kommt Verf. zur Schlufsfolgerung; 1. Dafs die Urethralklappen bei der Entstehung der Divertikel eine nebensächliche Rolle spielen. 2. Dafs die kongenitalen Divertikel wohl manchmal schon sofort nach der Geburt erkannt werden, meistens aber lange Zeit hindurch keine pathologischen Erscheinungen verursachen und Jahre hindurch der Aufmerksamkeit entgehen. — Die Prognose der wahren Divertikel ist ohne Operation höchst traurig, gestaltet sich aber durch operativen Eingriff sehr günstig. Die Operation besteht in der Aufschlitzung des Divertikels, darnach wird ein bogenförmiger Teil entfernt, wodurch das normale Kaliber der Urethra hergestellt wird. — Die falschen Harnröhrendivertikel entstehen auf 2 Arten: 1. Durch Striktur oder innere Urethraverletzung oder Urethrasteine bildet sich in der Umgebung ein Abscefs, der in die Urethra einbrechend zu einem Divertikel wird. 2. Durch ein äufseres Trauma entsteht ein Abscefs in der Umgebung der Urethra, und verändert sich später zu

einem Divertikel. Solche falsche Divertikel wurden bei Kindern kaum beobachtet; Verf. teilt einen Fall mit, wo bei einem Kinde durch einen Blasenstein ein Divertikel entstand. I. Hönig-Budapest.

Zur Behandlung der Balanitis. (Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, Nr. 4.)

Nach Waschung mit Kalium chlor. (4 : 140.0) und Abtrocknen soll folgendes Pulver aufgestreut werden:

Ac. tannic.
Amyl. aa 5.0. Dreysel-Leipzig.

Über Therapie des Ulcus venereum (weichen Schankers) und seiner Komplikationen. Von Ernst Iványi. (Orvosi Hetilap 1900, Nr. 25.)

Die Geschwüre werden täglich mit Äther und 1 ‰ Sublimatlösung gereinigt und dann mit Jodoform eingestreut; ist die Geschwürfläche schon rein, so wurde Sublimatgaze oder 10 % Borvaselin angewendet und der Verband dreimal täglich gewechselt; zur Desodorierung des Verbandes sind einige Tropfen Ol. Menth. pip. auf denselben vorteilhaft. — Bei Komplikationen mit Phimosis wurde der Präputialraum täglich 2—3 mal mit 3 % Borsäurelösung gereinigt und danach in 10 % Jodoform-Glycerinemulsion getauchte Wattebäuschchen hineingelegt. — Bei Bubonen wurden nur Umschläge und keine parench. Injektionen angewendet; fluktuierten sie aber bereits, so wurden sie mit einem ½—1 cm langen Schnitt geöffnet, der Eiter ausgedrückt, und 10 % Jodoform-Glycerinemulsion injiziert. Nur wenn der Bubo schankerös wurde, gebrauchte er den Volkmannschen Löffel. — Bei Paraphimosis wurde erst das Geschwür geheilt und danach erfolgte die Reposition.

Mit dieser Behandlungsmethode des Ulcus und seiner Komplikationen wurden an der Abteilung des Prof. Róna (Budapest) die besten Heilerfolge erzielt, was Verf. an der Hand der Statistik von 543 diesbezüglichen Fällen in klarer Weise darlegt. I. Hönig-Budapest.

Il nitrato di piombo nell' ulcera molle venera. Von Dr. G. Melazzo. (Giornale ital. della malad. vener e de pelle 1899 V.)

M. streut feinstens gepulvertes Bleinitrat auf die Geschwürsfläche, drückt es gehörig in alle Taschen und Nischen ein und läfst es 36—48 Stunden liegen. Die Wundfläche wird vorher mit Sublimat gehörig gereinigt und zweckmäfsig auch mit Cocaïn behandelt, da sich für einige Stunden ein Brennen einstellt. Nach Entfernung des Verbandes ist die Geschwürsfläche völlig sauber, gut granulierend; es soll dann rasche Heilung eintreten. Verf. macht noch besonders darauf aufmerksam, dafs das Bleinitrat nur auf das Geschwür, nicht auf die gesunde Umgebung wirkt.

Koenig-Wiesbaden.

Über die Behandlung der venerischen Erkrankungen im k. u. k. Marinespital in Pola. Von Zechmeister. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 40. 1900.)

Es stand etwa ein Zwölftel der Mannschaft mit venerischen Krank-

heiten in Behandlung, davon mehr als die Hälfte mit Tripper. Verf. betrachtet die Heilerfolge in Militärspitälern als für die Statistik sehr mafsgebend, da infolge des Subordinationsverhältnisses der Patienten eine genaue Einhaltung der Vorschriften und auch eine strenge Kontrolle möglich ist. Z. hat in 50 Fällen von akuter frischer Gonorrhoe eine Abortivkur mit 5 % Höllensteinlösung versucht, aber nur in 2 Fällen (4 %) Erfolg erzielt. Akute Gonorrhoeen wurden nach Janet mit 0,5 ‰ Kaliumpermanganatlösungen behandelt, aufser es handelte sich um übermäfsige Empfindlichkeit der Harnröhre, in welchem Falle zunächst Waschungen mit dünnen Mercierkathetern nach Diday ausgeführt wurden und man erst später zu Janetschen Spülungen überging. Bei subakuten und chronischen Urethritiden wurden Instillationen mit 1—5 % Argentum nitricum oder 3—5 % Cuprum sulfuricum-Lösung angewendet. In 3 Fällen wurde durch Dehnungen mit Oberländers Dilatator Heilung erzielt.

Bei akuter Prostatits gelangte zunächst der Fingersche Prostatakühler mit Eiswasser, Blutegel aufs Perineum, Morphinichthyolsuppositorien in Anwendung. Später ging man zur Massage über. In chronischen Fällen wurden aufserdem Sonden eingelegt und Instillationen ausgeführt. Nebenhodenentzündungen wurden anfangs mit Ichthyolglycerinsalbe, später mit 10 % Guajakolsalbe behandelt.

Sehr interessant sind die Ausführungen des Verf., in welcher Art und Weise die Matrosen oft einen Tripper vorzutäuschen versuchen, um sich unangenehmen Diensten, Einschiffungen u. s. w. zu entziehen (Einführung von Seife, Phosphorzündhölzchen etc.).

Während die Durchschnittsdauer der Erkrankung bei der früher üblichen exspektativ symptomatischen Behandlung in unkomplizierten Fällen 50,2, in komplizierten 61 Tage betrug, waren jetzt, wo das Hauptgewicht auf instrumentelle Behandlung gelegt wird, nur 29,9 bzw. bei Hinzutritt von Komplikationen 39 Tage durchschnittlicher Behandlungsdauer nötig.

von Hofmann-Wien.

Ein Fall von traumatischer Ruptur des perinealen Teiles der Harnröhre nebst Bemerkungen über die Behandlung schwerer Verletzungen der Harnröhre. Von L. Grosglik. (Monatsber. üb. d. Gesamtleistungen auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparates, Bd. V, H. 6.)

Der 18jährige Kranke hatte am Perineum ein Trauma erlitten. Hoden und Praeputium waren stark geschwellt; in der Mitte des Perineums eine faustgrofse Schwellung; eine äufsere Verletzung war nicht vorhanden; Blase stark ausgedehnt. G. machte eine Inzision, die von der Basis des Gliedes über das Skrotum bis zum After reichte; er traf auf eine mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle. Die Harnröhre war im Bereiche des stark blutenden Bulbus quer durchrissen. G. tamponierte die Wunde, ohne in die Blase einen Katheter einzulegen; ein solcher kam erst am Ende der 2. Woche zur Anwendung, als die Wunde normal zu granulieren begann. Dieser Katheter wurde alle 3—4 Tage gewechselt, die Blase täglich mit Borsäurelösung ausgespült.

Zwei Monate nach dem Unfall war an Stelle der Incisionswunde nur noch eine enge Fistel vorhanden. Nunmehr wurde der Dauerkatheter entfernt, und mit Bougieren begonnen, bis Nr. 22 erreicht war. Die Fistel schlofs sich bei dieser Behandlung vollkommen, der Urin war völlig normal und wurde in dickem Strahle entleert.

Verf. ist der Ansicht, dafs eine sofortige Naht der durchrissenen Harnröhre bei nicht sterilen Wundrändern keinesfalls indiziert ist; auch das Einlegen eines Dauerkatheters ist unter solchen Umständen zu unterlassen, da die Gefahr einer aufsteigenden Infektion eine beträchtliche ist.

Dreysel-Leipzig.

Ruptura urethrae. Primäre Naht. Von Heintze. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 1900, 12. Febr.)

Durch Fall auf den Damm hatte der 30jährige Kranke H.s eine Ruptur der Harnröhre erlitten. Das periphere und centrale Ende waren 5 cm von einander entfernt; die beiden Enden wurden durch Etagennaht vereinigt. Es entstand an der betreffenden Stelle zunächst eine Urinfistel, die sich jedoch bald schlofs. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von Obliteration der Urethra des Mannes. Von R. H. Kennan. (Brit. med. Journ. 29. Juli 1899)

Obliteration der Harnröhre tritt meist im Anschlufs an eine Verletzung und an Narbenbildung auf. Gewöhnlich besteht dann auch eine Fistel. Ein Matrose glitt auf einem Schiff aus und empfand einen intensiven Schmerz im Perineum. Später bildete sich eine Striktur, die für eine blennorrhoische gehalten wurde. Ein Katheter konnte nicht eingeführt werden. Eine Incision am Perineum zeigte fast vollständige Obliteration, so dafs die Urethra nicht sondiert werden konnte. Infolge Harninfiltration trat Tod ein. Die Sektion der Harnröhre ergab, dafs hier überhaupt kein Lumen vorhanden war. Die Entleerung des Harns geschah durch eine Fistel. Federer-Teplitz.

Erythema polymorphum der Haut und Schleimhäute, speciell der Harnröhre. Von Dalous-Toulouse. (Journ. des malad. cutan. et syphil. Heft 5, 1900.)

Ein 22jähr. Mann erkrankte an Angina, Bronchitis. Dazu gesellte sich ein Ausschlag, der mit roten, punktförmigen Knötchen an den Unterschenkeln begann und dann auf die Oberschenkel, die Arme und das Gesicht übergriff. Die Knötchen entwickelten sich zum Teil zu Bläschen. Auch an der Glans und Mundschleimhaut trat eine solche Affektion auf. Aus der Urethra konnte man ein eitriges Sekret ausdrücken, ohne Gonokokken. Offenbar war hier derselbe Prozess ausgebreitet. (Warum wurde nicht endoskopiert? Ref.) Federer-Teplitz.

Periurethritis infectiosa. Von F. Englisch. (Wiener med. Wochenschr. 1899, Nr. 44 u. 45.)

E. führt vier Fälle einer von ihm Periurethritis infectiosa genannten Affektion an. Die Symptome sind folgende: Nach fieberhaften Allgemeinerscheinungen, die 8 Tage bis 3 Wochen anhalten, bildet sich im Unterhautzellgewebe des Skrotums ein Ödem, das phlegmonös wird, zur Gangrän führt,

und schliefslich auf die Urethra übergreift. Von der Harnröhre geht der Prozefs nicht aus, diese ist im Gegenteil anfangs vollständig gesund. Die Affektion ist zweifellos infektiöser Natur, doch sind die Erreger noch unbekannt. Dreysel-Leipzig.

Die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen. Von Bordier. (Lyon méd. Nr. 50—52, 1899.)

Verf. konstruierte ein ganz besonderes Instrument zu diesem Zwecke. Dasselbe besteht aus einer konisch zulaufenden biegsamen Hohlsonde, dessen Spitze dünn ist und eine olivenförmige Verdickung trägt. Sechs Centimeter von dieser Spitze ist ein Metallring von $1/2$ cm Länge und $3/4$ mm Dicke angebracht, welcher durch einen quer angebrachten Draht fixiert ist und dessen freie Ränder genau abgeschliffen sind. Von diesem Ringe zieht im Innern der Sonde ein feiner Kupferdraht nach dem hinteren Ende des Katheters, wo er an einer cylinderförmigen Metallkappe fixiert ist und mit einem Leitungsdraht in Verbindung gebracht werden kann. Das Kaliber des Katheters wird nach dem Durchmesser des Metallringes bemessen und weist die Nummern 3—21 nach der Charr. Skala auf.

Bei der geringen Länge des metallischen Abschnittes des Katheters verliert dieser nichts an seiner Biegsamkeit und läfst sich auch durch die gewundenen Strikturen führen; ebenso läfst sich auch leicht die Lokalisation und die Länge der Striktur bestimmen. Die Anwendung des Katheters geschieht in der Weise, dafs derselbe so weit in die Urethra eingeführt wird, bis der Metallring von der strikturierten Stelle umfafst wird, sodann wird der Strom durchgelassen, wobei man mit dem Katheter langsame Hin- und Herbewegungen ausführt.

Die Stromstärke soll anfangs 15—20 MA betragen, später 5—6. Die Dauer einer Sitzung beträgt 15—20 Minuten. Federer-Teplitz.

Rétrécissement de l'urèthre et poche urineuse indolente. Von Pouly. (Soc. des sciences méd. de Lyon 1899, 22. Nov.)

Der 64jährige Kranke hatte vor 29 Jahren durch ein Trauma eine Zerreifsung der Harnröhre erlitten. Zwanzig Jahre später war wegen Striktur die Urethrotomia interna ausgeführt worden; 8 Jahre darnach Entfernung von drei Blasensteinen durch Sectio alta; wegen eines in der Harnröhre stecken gebliebenen abgebrochenen Katheterstückes mufste bald darauf die äufsere Urethrotonie gemacht werden. Seit etwa einem Jahre besteht an der unteren Seite des Penis, an dessen Wurzel eine Geschwulst, die beim Urinieren hühnereigrofs wird und aus der sich Urin exprimieren läfst. Die Geschwulst ist nicht entzündlicher Natur und stellt aufserhalb des Urinaktes eine derbe, sehnige Masse dar, die keine Flüssigkeit enthält. Durch operative Entfernung der Tasche will P. den normalen Zustand der Harnentleerung wieder herstellen. Dreysel-Leipzig.

Obstruktive Erkrankungen der Harnröhre des Mannes. Von J. D. Thomas. (Intern. med. Mag. Dez. 1899.)

Verf. bespricht der Verlegung der Harnröhre durch Fremdkörper, akute Prostatitis falsche Wege, Ruptur der Urethra, Striktur, Krampf der

Sphinktermuskeln, Verletzung an und um den Anus, chronische Hypertrophie der Prostata, engen Meatus, Phimose, gestielte Tumoren und durch congenitale Atresie.

Ein 26jähr. Neger hatte in der Harnröhre ein Jahr lang ein 10 cm langes Gummiband, das er ohne besondere Beschwerden trug.

Federer-Teplitz.

Résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale. Etude clinique basée sur vingt-trois observations. Von Poncet. (Bull. de l'acad. de méd. 1899, Nr. 45).

Anwendung findet die von P. angegebene Methode bei hochgradiger Zerstörung der Harnröhre und ausgedehnten impermeablen Strikturen. Sie besteht in Annähung des centralen Teiles der Harnröhre an die Haut des Dammes. P. hat mit diesem Verfahren gute Resultate erzielt.

Dreysel-Leipzig.

Nouveau mode de fixation d'une sonde à demeure. Von Crik. (Journ. Méd. de Bruxelles 1900, 2. Aug.)

Zur Fixation des Verweilkatheters empfiehlt C. folgendes Verfahren, das er seit 2 Jahren mit gutem Erfolge anwendet. Ein 15 cm im Geviert messendes, aus mehreren Lagen bestehendes Stück Gaze wird in der Mitte durchbohrt. In diesem Loche wird der Katheter durch einen Faden, der am Rande des Loches befestigt ist, fixiert. Die Gaze wird dann zusammengefaltet, um den Penis herumgelegt und hinter der Glans mit einem Faden befestigt. Tritt eine Erektion ein, dann kann der Kranke selbst den am Penis befindlichen Faden ohne Schwierigkeit lösen und später wieder anlegen. Die Gaze wird alle 24 Stunden erneuert. Dreysel-Leipzig.

Observations d'hémorrhagies dues à une fausse route dans la prostate traitées et guéries par la sonde à demeure. Von Dr. Alglave. (Annales des mal. des org. génito-urin. 1900, Nr. 6.)

Am wichtigsten bei den drei in extenso mitgeteilten Fällen sind die Schlüsse, welche beziehentlich der Therapie gefolgert werden müssen. In erster Linie sollen, wenn eine Blutung stattgefunden hat, die Gerinnsel möglichst bald aus der Blase entfernt werden und zwar so vollständig wie nur möglich. Am zweckmäfsigsten ist hierfür ein weicher starker Katheter und Spritze. Gelingt es hiermit nicht völlig und sicher, so mufs ein Evacuationskatheter Anwendung finden. Nach der Entleerung der Gerinnsel wird eine oft wiederholte Auswaschung der Blase mit warmer Borlösung vorgenommen und mit Argentum $1^0/_{00}$ nachgespült. Zur Nachbehandlung verwendet Guyon stets einen Dauerkatheter (Nr. 18—22 Ch.) mit gutem Erfolg.

Koenig-Wiesbaden.

The advantages of retained catheter. Von J. R. Eastman. (Amer. Med. Assoc. 1900, 5.—8. Juni.)

Bei Urinretention ist Verweilkatheter vielfach die beste Behandlungsmethode, besonders bei sehr empfindlicher Harnröhre. E. empfiehlt weiche, dicke Katheter, die sehr gut vertragen werden. Führt mehrere Fälle von

Strikturen und Fisteln an, bei denen der Verweilkatheter bis zu 65 Tage liegen geblieben war und sehr gute Erfolge ergeben hatte.

Dreysel-Leipzig.

Report of a Case of Stricture in a Hemophilie. Von Ferd. Valentine. (New-York Acad. of Med. Section on gen.-urin. Surg., 21. Februar 1900.)

Ein 28jähriger österreichischer Jude, der bereits mehrfach wegen einer hochgradigen Striktur teils mit Elektrolyse, teils mit Dilatation behandelt worden war, bekam im Anschlufs an eine Sondierung mit Nr. 49 Beniqué eine fürchterliche Blutung aus der Urethra, die weder durch Psychrophor noch durch feste Kompression, sondern erst durch feste Tamponade der Urethra mit Jodoformgazestreifen, die mittelst Knopfsonde eingeführt wurden, stand. 3 Wochen später war die Striktur wieder hochgradig. Pat. giebt an Bluter zu sein. Es besteht bei ihm eine geringe Epispadie. Klotz stillte eine intensive Blutung der Urethra durch endoskopische Pinselung mit Liquor ferri sesquichlorati. Eliot sah sich genötigt, bei einem Pat. mit intensiver Blutung die Cystotomia suprapubica zu machen. Otis empfiehlt zur Stillung so hartnäckiger Blutung Injektion von Nebennierenextrakt und Kompression aufs Perineum, als ultima ratio Urethrotomia externa und Aufsuchen der Wunde. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Extraction par l'urèthre d'un corps étranger mou et flottant de la vessie. Von Dr. Alglave. (Annales des mal. des org. genit.-urin. 1900, Nr. VI.)

In der Guyonschen Klinik wurde ein Patient behandelt, der vor einer Woche sich den Stil einer Erdbeere in die Blase eingeführt hatte. Die Versuche, den Fremdkörper mit dem Lithotripter zu fassen, schlugen fehl, da er in der Flüssigkeit schwamm und auch wegen der Dünne abbrach. G. entschlofs sich zur Aspiration und es gelang ihm hiermit, den bereits stark inkrustierten Stiel zu entfernen.

A. empfiehlt nach dieser Erfahrung von vornherein bei spezifisch leichten und weichen Gegenständen die Anwendung eines Aspirators unter sehr starkem Wasserstrom, jedenfalls viel stärkerem, als wir sonst bei Ausspülung der Fragmente zu gebrauchen pflegen.

Koenig-Wiesbaden.

A case of hatpin in the urethra. Von W. L. Brown. (New York Med. Journ. 1900, 7. Juli.)

Es handelt sich um einen 75jährigen Mann, der sich eine Hutnadel in die Harnröhre eingeführt hatte. B. machte an der Basis des Skrotums eine 1/2 Zoll lange Incision und entfernte von hier aus die Nadel; hierauf Verschlufs der Wunde durch Naht. Heilung. Dreysel-Leipzig.

Calcul diverticulaire sous-urétral. Von Cathelin. (Presse méd. 1900, S. 31, Soc. anat., 6. Juli.)

Grofser Stein, der sich um eine Haarnadel in der Urethrovaginalwand gebildet hatte. Entfernung durch Einschnitt in die Urethra.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Fibrosclerosis of the Corpora cavernosa. Von J. van der Poel. (New-York Acad. of Med. Section on gen.-urin. Surg., 21. Febr. 1900.)

Der Pat., der an Lues, Rheumatismus und wiederholten Gonorrhoeen gelitten, bemerkte vor 9 Monaten eine erbsengrofse Geschwulst, die jetzt 2 cm im Durchmesser mifst, knorpelhart aber nicht schmerzhaft ist. Sie liegt 2 cm hinter der Glans zwischen beiden Corpora cavern. ohne Zusammenhang mit der Haut. Die Erektionen sind nicht gestört. Eine Röntgenaufnahme hat keinen Eindruck auf der photographischen Platte bewirkt. Klotz hat mehrere derartige Fälle im Anschlufs an Gicht oder Diabetes gesehen. Während Jodpräparate nichts nützen, hat er vor kurzem einen Pat., der dieses sehr hartnäckige Leiden hatte, durch 20% Ichthyolsalbe ganz bedeutend gebessert.

Kaufmann-Frankfurt a. M—Homburg v. d. H.

Fibroma urethrae. Von Santos. (Königlicher Ärzteverein zu Budapest 1900, 1. Febr.)

Der Fall betrifft eine 25jährige Kranke, an deren Harnröhrenmündung sich bohnen- bis haselnufsgrofse, glatte Tumoren von weicher Konsistenz, die makroskopisch Schleimhautpolypen glichen, befanden. Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um Fibroma moluscum handelte.

Dreysel-Leipzig.

Presentation of a Sebaceous Tumor or Cyst. Von Lilienthal. (New-York Acad. of Med. Section on gen.-urin. Surg., 9. Jan. 1900.)

Die Geschwulst schon gleich nach der Geburt bemerkt, hatte bei dem jetzt 31jährigen Pat. durch langsames Wachstum die Gröfse einer Olive erreicht. Sie safs hinter dem Frenulum auf der Unterfläche des Präputiums und war von kittähnlicher Konsistenz. Entfernung durch Incision. Swinburne hat einen ähnlichen Tumor, der am Ende des Präputiums safs und auch durch Excision beseitigt wurde, gesehen.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Über das Peniskarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege. Von H. Küttner. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVI, Heft 1.)

Für die lokale Ausbreitung des Peniskarcinomes sind die Schwellkörper von gröfster Bedeutung, da sie einer weiteren Ausdehnung sehr geringen Widerstand entgegensetzen. Metastasen auf dem Wege der Blutbahn sind selten. Zur Feststellung des Verlaufes der Lymphgefäfse am Penis hat Verf. eine Anzahl Injektionsversuche gemacht. Ergriffen werden beim Peniskarcinom meist zuerst die oberflächlichen Leistendrüsen, die Beckendrüsen vorwiegend nur sekundär, die vor der Symphyse liegenden Drüsen nur ausnahmsweise. Schnell wachsende Karcinome, solche mit starken Drüsenschwellungen und Blutungen, ferner solche bei jugendlichen Personen haben eine schlechte Prognose. Ein operativer Eingriff giebt verhältnismäfsig günstige Resultate. Von den an der Brunsschen Klinik operierten Fällen wurden 66% dauernd geheilt. Eine Entfernung der Leistendrüsen

ist bei der Amputation des Penis fast immer notwendig, nur bei kleinen, langsam wachsenden Geschwülsten kann von einer solchen abgesehen werden. Kastration ist nicht empfehlenswert. Verf. verbreitet sich zum Schlufs noch über die pathologische Anatomie und Symptomatologie.

Dreysel-Leipzig.

A new Urethroscope and Improved Kelly Cystoskope. Von Chetwood. (New York acad. of Med. Sect. on gen.-ur. Surgery, 12. Dez. 1899.)

Ch. demonstriert ein neues Urethroskop mit einem Lichtträger, der in die Urethra eingeführt werden kann, ohne die Schleimhaut zu überhitzen. Er ist durch einen Deckel geschützt, so dafs er mit einem Speculum statt eines Endoskoptubus benutzt werden kann. Dieselbe Lichtquelle hat er an ein Kellysches Cystoskop angebracht, so dafs nunmehr mit direktem statt mit reflektiertem Licht untersucht werden kann. Alexander hat einen ähnlichen etwas modifizierten Lichträger an einen Hacken angebracht, mit dessen Hilfe man nach Sectio alta die Blase erleuchten kann.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Presentation of an Improved Otis Urethroskope. Von W. K. Otis. (New-York Acad. of Med. Section on gen.-urin. Surg., 9. Jan. 1900.)

Die Verbesserungen bestehen in folgendem: Einführung einer Lampe von niedrigerer Spannung, wodurch geringere Erhitzung stattfindet; ferner eines kleinen Rades an Stelle der bisherigen Schraubenspindel, welche als Handhabe diente. Ferner hat er die Charniergelenke zwischen Urethroskop und Lampe als überflüssig weggelassen; beide werden gut einander adaptiert geliefert. Vor die Linse ist ein trichterförmiges Diaphragma angebracht, um Störungen des Gesichtsfeldes durch fremdes Licht zu verhindern. Die Vorzüge der Verbesserung sind: Gutes Licht, klares Gesichtsfeld, Leichtigkeit, solide und einfache Konstruktion, Möglichkeit einer Asepsis und Billigkeit.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Experimentelle Untersuchungen über Kathetersterilisation. Von Katzenstein. (Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Chir. XXIX. Kongrefs, 1900, 18.—21. April.)

Bei Sterilisation elastischer Katheter und Bougies erzielte K. mit dem Kuttnerschen Apparate (strömender Wasserdampf) insofern schlechte Resultate, als die Instrumente unter diesem Verfahren aufserordentlich stark litten. Da die auf der Abteilung Israels bisher angewandte Sublimatdesinfektion bei genauerer Kontrolle sich als unzureichend erwiesen hatte, prüfte K. die Einwirkung der Formaldehyddämpfe auf elastische Katheter. Zur sicheren Sterilisierung sind für diese Instrumente bei gewöhnlicher Temperatur 24 St. nötig. Ureterenkatheter lassen sich auf diese Weise überhaupt nicht keimfrei machen. K. hat einen Apparat konstruiert, mit dem sich unter Anwendung erhöhter Temperatur eine Sterilisierung rasch und sicher erreichen läfst. Der Apparat besteht im wesentlichen aus zwei Teilen: dem Formaldehydentwickelungsraum und dem Kasten für die

Katheter. Eine sichere Sterilisation der Katheter läfst sich bei einer Temperatur von 60° im Formaldehydentwickelungsraum bereits in 10 Min. erreichen; Ureterenkatheter werden bei einer Temperatur von 80° in 20 Min. keimfrei. Da die Temperatur im Katheterkasten eine bedeutend niedrigere ist, so ist eine Schädigung der Instrumente bei diesem Verfahren ausgeschlossen.

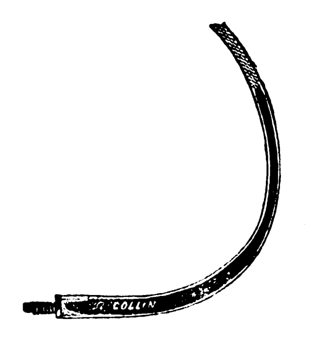
Um den Ureterenkatheterismus so aseptisch als möglich zu machen, hat K. einen den Katheter vollständig aufnehmenden, am Cystoskop zu befestigenden Katheterschützer angegeben. Dreysel-Leipzig.

Untersuchungen über die Qualität und Desinfektionsfähigkeit einiger Sorten elastischer Katheter und Bougies. Von Hochstetter. (Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1899, H. 6.)

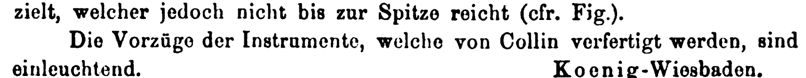
Bei der Desinfektion der elastischen Katheter ist Lysol unbrauchbar, weil es den Lack zerstört, Formalin, weil es reizt. Die von Porges gelieferten Instrumente vertrugen strömenden Wasserdampf bis 100mal, 1 ‰ Sublimatlösung 96 Tage lang. 3 % Karbolsäure griff alle Sorten von elastischen Harnröhreninstrumenten an. Während der Desinfektion sind die Katheter vor zu starkem Biegen zu bewahren und mit Mull zu umwickeln, um ein Aneinanderkleben zu vermeiden. Dreysel-Leipzig.

Note sur les Bougies conductrices pour des Béniqués et les Uréthrotomes. Von Octave Pasteau. (Annales des malad. des org. genit.-urin. 1900, Nr. 6.)

Die vom Verf. empfohlenen, im Hospital Necker seit lange verwendeten Leit-Bougies zeichnen sich besonders dadurch aus, dafs die Befestigung der Schrauben eine aufserordentlich gute ist und dafs namentlich auch das Instrument, an der Schraubenverbindung nicht an Widerstandsfähigkeit einbüfst. Man erkennt an nebenstehender Zeichnung, wie in der Gummiröhre ein Gewinde eingeschraubt ist, so dafs überall eine gleichmäfsige Fläche hergestellt ist und nirgends das Metall freiliegt; auch die Sicherheit der Befestigung des Gummi hat hierdurch erheblich gewonnen.



Die Festigkeit der Leitsonde wird durch einen eingelegten Fischbeinstab erzielt, welcher jedoch nicht bis zur Spitze reicht (cfr. Fig.).



Die Vorzüge der Instrumente, welche von Collin verfertigt werden, sind einleuchtend. Koenig-Wiesbaden.

5. Gonorrhoe.

Contribution à l'étude du Gonocoque et de sa toxine. Von J. de Christmas. (Ann. de l'Institut Pasteur 1900, S. 331.)

Im Verfolg seiner Untersuchungen (cfr. Centralbl. 1898, S. 165) fand

Chr., dafs die **intracerebrale** Injektion des Gonocotoxins die sichersten Resultate giebt. Injiziert man die tödliche Dosis, so bekommt das Tier erst nach 3 Stunden Krämpfe, fällt auf die Seite und geht etwa 6 Stunden nach der Einspritzung zu Grunde. Die Injektion erfolgt mittelst einer feinen Kanüle, die 2—3 mm tief in die Gehirnmasse gesenkt wird. Die Obduktion ergiebt keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen. Die Gewinnung des Toxins ist abhängig von der Wahl des Nährbodens. Läfst man Bouillon weg, so kann man zwar Gonokokken züchten, aber diese produzieren kein Toxin. Aber es ist auch keineswegs gleichgültig, woher die Bouillon stammt; am besten nimmt man dazu Fleisch vom Kaninchen, Kalb oder Huhn, das der übrigen Haustiere ist weniger geeignet. Zweckmäfsig fügt man der Bouillon 2—3 g Gelatine zu. Der Zusatz von Kochsalz ist schädlich. Die Bouillon wird dann durch Eindampfen auf $^1/_4$ ihres Volums eingeengt. **Pepton als Zusatz beeinträchtigt die Wirksamkeit des Toxins und setzt überhaupt die Lebensfähigkeit der Gonokokken herab.** Am besten läfst man es daher überhaupt fort. Als Eiweifsstoff nehme man nur Kaninchenserum oder Ascitesflüssigkeit vom Menschen. Der Nährboden besteht am besten aus 75% Ascites und 25% Bouillon. Um die Alkalescenz abzustumpfen, nimmt man am besten Milchsäure. Um das Toxin zu gewinnen, filtriert man mittelst gewöhnlichen Filtrierpapieres, das mit Talc bedeckt ist. Porzellanfilter sind unzweckmäfsig. Die Produktion von Toxin, schwach in den ersten 24 Stunden, erreicht nach und nach das Maximum nach 20 Tagen und bleibt dann stationär. Dosis letalis = 0,05 bis 0,01 cm³. Wird ausgefällt durch Alcohol absolutus oder durch Ammoniumsulfat ausgesalzen. Durch diese Manipulationen wird aber seine Wirksamkeit verlangsamt. Zerstört wird es durch Erhitzen auf 75°—80° C., desgleichen durch Toluol. Durch Zusatz von Glycerin wird es hitzebeständiger. Das Gonokokkentoxin ist durch Pergament nicht dialysabel. Injiziert man eine giftige Dosis, die aber nicht tötet, so wird das Tier immunisiert. Man kann dann die 100fache tödliche Dosis ohne Schaden in eine beliebige Stelle des Gehirns injizieren. Dasselbe Resultat erreicht man, aber langsamer, durch subkutane Einspritzung. 2 cm³ des auf $^1/_{10}$ verdünnten Toxins ruft noch in der Urethra hominis Eiterung hervor. Durch subkutane Injektion des Toxins kann man ein Antitoxin erzeugen, welches das erstere vollständig neutralisiert. Mischt man beide, was aber 3—4 Stunden bei 15° vor der Injektion geschehen mufs, so kann man sie ohne Schaden ins Gehirn einspritzen. Ist die Neutralisation keine vollkommene, so tritt eine mehr oder weniger starke Vergiftung ein. Man kann auch durch vorherige Injektion des Antitoxins eine Immunität erzielen; doch dauert sie nur 3 Tage und ferner mufs es mindestens 48 Stunden vor dem Toxin eingespritzt werden. Das Toxin rührt nicht von den abgestorbenen Gonokokkenleibern her.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

(*Aus der urologischen Abteilung der Budapester allgemeinen Poliklinik; Abteilungs-Chefarzt Dozent Dr. Hugo Feleki.*)

Über die Funktion des Harnröhrenschliessapparates bei Injektionen.

Von

Dr. **Aladár Strausz**, Assistent der Poliklinik.

Das Thema unserer Publikation wurde in den letzten Jahren von mehreren Seiten literarisch gewürdigt. Eine besondere Aktualität gewann dasselbe namentlich durch die neuen antigonorrhoischen Verfahren, so einerseits durch die seit einigen Jahren in Mode gekommenen prolongierten Injektionen, andererseits durch die Erfahrungen, welche man bei Anwendung der Janetschen Harnröhren-Blasen-Ausspülungen zu machen Gelegenheit hatte. Wenn ich nun trotz der, zum gröfsten Teil aus berufener Feder stammenden, vielseitigen Publikationen mich in vorliegender Arbeit mit demselben Gegenstand befasse, so geschieht dies einzig und allein, um dessen Bedeutung für die Praxis darzulegen.

In meinen Ausführungen werde ich Gelegenheit finden, hinzuweisen darauf, inwiefern bei den Forschungen der betreffenden Autoren und den von ihnen vorgenommenen Experimenten derjenige Standpunkt unberücksichtigt blieb, welcher bei Lösung einer Frage von solch eminenter praktischer Bedeutung ausschlaggebend sein mufs.

Die Frage, deren Lösung wir anstreben, ist folgende:

A) Gelangt bei den mit den gebräuchlichen Tripperspritzen vorgenommenen Einspritzungen in die Harnröhre ein Teil der injizierten Flüssigkeit in die Pars posterior oder in die Blase? Diese Frage können wir auch folgendermafsen formulieren: Können wir verhindern, dafs bei regelrecht, genau nach Vor-

schrift vorgenommenen Injektionen mit der Tripperspritze ein Teil des Medikamentes nach hinten gelangt; wenn ja, durch welche Vorsichtsmaſsregeln?

B) Ist es wünschenswert, zu verhindern, daſs das Mittel nach hinten gelangt; oder ist es gleichgültig, vielleicht ja vorteilhaft, wenn es dahin gelangt?

Mit Bezug auf erstere Frage war früher eine Ansicht vorherrschend, welche der gegenwärtig von der Majorität der Forscher geteilten schnurstracks widerspricht. Man dachte nämlich, daſs bei den, durch die Kranken vorgenommenen, gebräuchlichen Einspritzungen in die Harnröhre die Flüssigkeit in der Regel bis in die Blase gelangt und damit dies nicht geschehe, forderte man den Kranken auf, mit der einen Hand das Orificium zuzuhalten, mit der anderen auf die Gegend des Bulbus einen leichten Druck auszuüben um dadurch am hinteren Ende der Urethra anterior dem Vordringen der Flüssigkeit nach hinten gleichsam einen Damm zu setzen. Einzelne Autoren sprachen noch vor kurzem auf Grund verschiedener, auf falscher Basis ausgeführten Experimente den Satz aus, daſs die Flüssigkeit zumeist nach hinten dringt. Diesen Standpunkt vertritt Vajda, seine Argumentation erscheint jedoch schon auf den ersten Blick dadurch bedenklich und unsicher, daſs er für die Möglichkeit des Eindringens der Flüssigkeit nach hinten eine ganze Reihe von Bedingungen aufstellt. Auch Zeissl knüpft das Rückwärtsgelangen der injizierten Flüssigkeiten an gewisse Bedingungen; er zitiert an einer Stelle seiner Mitteilung Posner, nach welchem Autor der M. compressor urethrae die beiden Teile der Harnröhre vollständig von einander abschlieſst, so daſs Flüssigkeit weder ein- noch herausdringen kann und bei von vorne vorgenommenen Einspritzungen (falls der Druck nicht auſserordentlich groſs ist oder nicht sehr lange andauert) nicht ein Tropfen in den hinteren Teil der Harnröhre gelangt.

Die Begründer der modernen Urologie Thompson, Guyon, Antal, Fürbringer vertreten den gleichen Standpunkt, dessen Richtigkeit durch die präzis ausgeführten Experimente Felekis bewiesen wurde (Experimentelle Beiträge zur Funktion der Harnröhrenschlieſsmuskeln und zur Ausspülung der Blase ohne Katheterismus; Int. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- und

Sexualorgane 1891. und Über Injektionen in die Harnröhre, Wiener medizin. Wochenschrift 1897), laut welchen bei den gebräuchlichen Injektionen, falls wir in die Harnröhre nur so viel Flüssigkeit einspritzen, als in derselben bequem Platz findet und die Flüssigkeit sofort herauslassen, sobald reflektorische Muskelkontraktionen ausgelöst werden, welche das Medikament herauszustofsen streben, mit sehr wenigen und sehr seltenen Ausnahmefällen bei den mit der gebräuchlichsten Harnröhrenspritze vorgenommenen Injektionen nicht ein Tropfen in den hinteren Teil der Harnröhre gelangt.

Dieser Standpunkt mufs auch jetzt als der dominierende betrachtet werden und erst in allerletzter Zeit wurden im Anschlufs an die Einbeziehung der antiparasitären Mittel in die Therapie, insbesondere jedoch an die von Neisser eingeführten prolongierten Injektionen, deren Zweck das möglichst lange Verweilen des injizierten Mittels und dessen möglichst intensive Einwirkung auf die erkrankte Schleimhaut behufs Entfaltung seiner bakterieiden Wirkung ist, wieder Versuche ausgeführt, welche Resultate gezeitigt haben, die von denen der oben angeführten Untersuchungen abweichen, denselben manchmal sogar direkt widersprechen.

Nichts scheint natürlicher, als dafs wir die Kapazität der vorderen Harnröhre messen müfsten, bevor wir einem Kranken zur Behandlung seines Trippers eine Spritze in die Hand geben, die eine der vorderen Harnröhre entsprechende Kapazität besitzen soll. Ebenso grofs als die Zahl der Autoren, die sich mit dieser Frage befafsten, ist jedoch die Verschiedenheit der Ergebnisse, die sich auf die Kapazität der vorderen Harnröhre beziehen. Jamin und Leprevost nahmen 4—6, Nogues 10—15, Guiard 12—17 ccm als Mafs der Kapazität der Pars anterior an.

Guyon vertritt die einzig rationelle Auffassung, dafs von einer anatomischen Kapazität nicht die Rede sein kann, sondern blofs von einer physiologischen; und auch diese ist bei jedem Individuum, je nach dem Zustand der Harnröhre, dem Charakter der Entzündung, dem Grade der Erschlaffung, der durch die eingespritzte Flüssigkeit ausgeübten geringeren oder intensiveren Irritation und dem Druck der Flüssigkeit Schwankungen unterworfen. Ausgehend von den Untersuchungen Janets anerkennt G., dafs, wenn man die vordere Harnröhre mit 5 — 7 ccm

Flüssigkeit füllt, die Lösung die ganze Schleimhaut berührt und dafs die Flüssigkeit nach hinten dringt, wenn wir mehr als dieses Quantum einspritzen oder wenn wir den Stempel rasch vorschieben.

Daraus erhellt, dafs eine genaue Bestimmung der Kapazität der Harnröhre sozusagen unmöglich ist. Es ist ja a priori klar, dafs wir die Kapazität des vorderen Teiles der Harnröhre schon bei gesunden Personen für eine individuell verschiedene ansehen müssen, umsomehr müssen wir im entzündeten Zustande der Harnröhre distinguieren und die, durch die entzündliche Schwellung verursachte Volumsabnahme einerseits, die mit der durch die Entzündung verursachten Abnahme der Elastizität der Harnröhre einhergehende geringere Dilatabilität der Harnröhre andererseits in Betracht ziehen.

Als Resultat meiner eigenen an Tripperkranken gemachten Versuche kann ich ausnahmsweise eine Kapazität von 6—7 ccm als Basis annehmen, welche selbstverständlich in einem weniger entzündlichen und weniger empfindlichen Zustand der Harnröhre zunimmt.

Julius Kiss hat vor kurzem in dieser Zeitschrift über die vermeintliche Beobachtung Mitteilung gemacht, dafs bei einem Teil der Tripperkranken der Schliefsmuskel der Harnröhre infolge der Entzündung insuffizient werde.

Bei seinen Versuchen, mittelst deren er dies zu beweisen trachtet, ging er folgendermafsen vor: Er bestimmte bei 20 Tripperkranken bei dem Druck eines Irrigators von 150 cm Höhenentfernung die maximale Harnröhren-Kapazität, dann spritzte er — mit Ausnahme von 2 Fällen (9 ccm) — wenigstens 10 ccm Flüssigkeit in den vorderen Teil der Harnröhre und liefs dieselbe anfangs sofort, bei Wiederholung des Versuches nach 3 Minuten herausfliefsen. Auf diese Weise konstatierte er, dafs in 9 bezw. 12 von den 20 Fällen von der Flüssigkeit, welche sofort oder nach 3 Minuten herausgelassen wurde, nur ein Teil zurückkam, ein anderer Teil demnach in die hintere Harnröhre, eventuell auch in die Blase gedrungen sein mufste.

Wenn wir die Statistik dieser Fälle betrachten, so sehen wir, dafs im ersten perakuten Falle die Kapazität gleich 10 ccm war und dementsprechend die herausgelassene Flüssigkeitsmenge

gleichfalls 10 bezw. 9 ccm betrug; in den 5 akuten Fällen, in denen die Entzündung am intensivsten war, die Harnröhre am meisten geschwellt, infiltriert, ihre Dilatabilität beschränkt war, schwankte die Kapazität bei 150 cm Wasserdruck zwischen 5 und 9 ccm und es fliefsen nach 3 Minuten von den eingespritzten 10 ccm blofs 4—6 zurück.

Unter 11 subakuten Fällen betrug die Kapazität in 5 Fällen annähernd 10 ccm oder mehr, in 3 von diesen Fällen kam das ganze Flüssigkeitsquantum wieder zurück (bei einem Kranken mit 4 Wochen alter Infektion kamen 6 ccm, bei einem anderen mit ebenfalls 4 Wochen alter Infektion 7 ccm zurück). Unter den übrigen 6 Fällen, in denen die Kapazität zwischen 4—5—9 ccm wechselte, kam die Flüssigkeit in zweien vollkommen zurück (5 und 7 Wochen alte Infektion), in den anderen 4 Fällen in einer der Kapazität entsprechenden Menge.

Unter 3 Fällen chronischer Erkrankung kam in zweien die ganze Flüssigkeitsmenge heraus, in einem Falle kam weniger als der Kapazität entsprochen hätte.

(NB. In letzteren 2 Fällen handelt es sich um seit 8 Monaten bestehende Erkrankungen; die Kapazität beträgt in einem Falle 7 ccm, eingespritzt wurden 9 ccm, im anderen beträgt die Kapazität 10 ccm, eingespritzt wurden 10 ccm; im dritten Fall einer seit 3 Monaten bestehenden Blennorrhoe betrug die Kapazität 7 ccm, eingespritzt wurden 10 ccm.)

Gegen diese Versuche erhebe ich den Einwand, dafs die Kapazität bei 150 cm Wasserdruck gemessen wurde, welcher nach Janet in jedem Falle genügt, um die Flüssigkeit in die hintere Harnröhre und in die Blase zu treiben, dafs demnach infolge der Dehnung der Harnröhrenwand bis zur Grenze ihrer Elastizität eine maximale Kapazität angenommen wurde (Verf. bemerkt selbst, dafs er die nach mehreren Versuchen erreichte gröfste Zahl zur Basis nahm).

Ich erhebe zweitens den Einwand, dafs in die Harnröhre mehr Flüssigkeit geprefst wurde, als der voraus bestimmten Kapazität entsprach; nichts ist daher natürlicher, als dafs der Schliefsmuskel sich öffnet und die Flüssigkeit nach hinten dringt, denn wenn der Muskel auch 1—2 Sekunden dem bedeutend gröfseren Druck widerstehen konnte, so kann er das nicht

3 Minuten lang, während deren die bis zur Grenze ihrer Dehnbarkeit gespannte Harnröhrenwand ihre ursprünglichen Grenzen wieder einzunehmen strebt und wo infolge der pathologischen Veränderung der Harnröhre krampfhafte Kontraktionen derselben erregt werden, welche die enthaltene Flüssigkeit auszutreiben streben. Aus diesen beiden und vielleicht auch noch aus anderen Gründen öffnet sich, wie gesagt, der Schliefsmuskel und die Flüssigkeit dringt nach hinten.

Ich kann es nicht zugeben und aus den Versuchen folgt dies auch nicht, dafs wir es in manchem Falle mit einer durch die Entzündung verursachten Insufficienz des Schliefsmuskels zu thun haben; in dieser Richtung sind die Untersuchungen des Verf. auch unzureichend, denn es wird nicht in einem einzigen Falle angegeben, welche Stelle des Schliefsmuskelapparates bezw. ob der prostatische oder membranöse Teil entzündet ist. Eigentlich sollten blos diese Fälle beobachtet und berücksichtigt werden, denn die Erkrankung des vorderen Teiles der Harnröhre beweist ja nicht gleichzeitig, dafs die Insufficienz des Sphinkters ebenfalls durch Entzündung bedingt ist und wir müssen daher als Kriterium von Versuchen, welche die durch Entzündung verursachte Insufficienz des Schliefsmuskelapparates beweisen sollen, Fälle wählen, in denen „der Schliefsmuskelapparat wirklich entzündet ist“ oder mindestens derjenige Teil der Harnröhre, in welchem der betreffende Apparat sich befindet.

Was nun meine eigenen Beobachtungen betrifft, so konnte ich bei der akuten Entzündung der hinteren Harnröhre bezw. bei der Entzündung des der anatomischen Lage des Schliefsmuskelapparates entsprechenden Teiles der Harnröhre stets eine erhöhte Irritabilität, ja selbst eine bis zur vollständigen Urinretention gesteigerte krampfhafte Kontraktion beobachten und ich kann mir unmöglich vorstellen, dafs ein und dieselbe Ursache solche schnurstracks widersprechende Folgen nach sich ziehen könnte.

Kiss experimentierte zur Bekräftigung seiner Behauptung auch an Gesunden, bei denen nach Einspritzung einer der Kapazität entsprechenden Flüssigkeitsmenge (Kapazität 8—18 ccm) kaum etwas Flüssigkeit in der Harnröhre zurückblieb. Abgesehen davon, dafs er es hier nicht mit einer irritierten Schleimhaut zu thun hatte,

sondern mit einer, deren Empfindlichkeit und Dilatabilität normal war, spritzte er auch eine der Kapazität der Harnröhre entsprechende Flüssigkeitsmenge ein; daher wundere ich mich gar nicht, dafs er zu einem von der anderen Versuchsreihe abweichenden Resultate gelangte und dafs die injizierte Flüssigkeit vollständig entleert wurde.

Behufs Studiums der in Frage stehenden Verhältnisse führte ich selbst an der Poliklinik, an der Abteilung des Herrn Dozenten Dr. Feleki Versuche aus. In der ersten Versuchsreihe spritzte ich so lange und so viel Flüssigkeit ein, bis der Kranke ein Spannungsgefühl in der Harnröhre wahrnahm. Indem ich die Menge der in der Spritze zurückgebliebenen Flüssigkeit mafs und von dem vorausbestimmten Rauminhalt der Spritze abzog, erhielt ich die Menge der eingespritzten Flüssigkeit und dies war auch mit wenigen Ausnahmen die Menge des nach 3 Minuten aus der Harnröhre sich entleerenden Flüssigkeitsquantums (siehe Tabelle I). Das Resultat dieser Versuche ergiebt, wie die Betrachtung der Tabelle lehrt, dafs die eingespritzte Flüssigkeit fast in jedem Falle aus der Harnröhre vollkommen entleert wurde und das schreibe ich einzig und allein dem Umstande zu, dafs die Flüssigkeit (die gebräuchlichen Lösungen von Plumbum aceticum, Protargol, Kalium hypermanganicum und Zincum sulfuricum) in der Harnröhre bequem Platz fand und weder eine Kontraktion der durch den übermäfsigen Druck irritierten, in der Harnröhre befindlichen glatten Muskelfasern noch die Elastizität der Harnröhre die Flüssigkeit nach hinten treiben konnte.

Die Ursache dessen, dafs in den Versuchen Kiss's die Flüssigkeit nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Zeit nach hinten gedrängt wurde, ist nicht so sehr in der Ermüdung des Kompressor zu erblicken, als vielmehr der Eigenschaft aller elastischen Gefäfse zuzuschreiben, vermöge deren wie bekannt auch das Blut in den Arterien trotz der rythmischen Unterbrechungen der Kontraktion des Herzens kontinuierlich strömt, welcher Eigenschaft zufolge in unserem Falle die Gefäfswand einen Teil des Drucks der eindringenden Flüssigkeitssäule in Form von potentieller Energie übernimmt, um später dieselbe in Gestalt eines

Tabelle I.

Nr.	Charakter und Dauer der Krankheit	Eingedrungen	Entleert
I	chronisch 5 Monate	7.5 □cm	7.5 □cm
II	akut 8 Wochen	7.5 „	7.0 „
III	akut posterior 8 Wochen	5.7 „	5.2 „
IV	subakut 7 Wochen	7.2 „	7.2 „
V	subakut 8 Wochen	6.8 „	6.8 „
VI	chronisch posterior 6 Monate	6.7 „	6.7 „
VII	chronisch 4 Monate	7.1 „	6.9 „
VIII	chronisch 5 Monate	7.0 „	7.0 „
IX	subakut posterior 9 Wochen	6.9 „	6.7 „
X	chronisch 8 Monate	6.9 „	6.5 „
XI	chronisch 8 Monate	6.9 „	6.7 „
XII	subakut 4 Monate	7.1 „	7.0 „
XIII	chronisch 3 Monate	7.8 „	7.8 „
XIV	chronisch 10 Wochen	7.6 „	7.6 „
XV	chronisch 8 Monate	7.6 „	7.3 „
XVI	chronisch 8 Monate	7.6 „	7.6 „
XVII	subakut 6 Wochen	7.8 „	7.8 „
XVIII	chronisch 8 Monate	6.1 „	6.0 „
XIX	chronisch 8 Monate	5.9 „	5.7 „
XX	akut 10 Tage	6.8 „	6.1 „
XXI	chronisch 4 Monate	7.0 „	6.9 „
XXII	Urethritis post masturbationem	3.9 „	8.7 „
XXIII	perakut 8 Tage	4.2 „	4.0 „
XXIV	perakut 3 Tage	5.5 „	5.2 „
XXV	perakut 16 Tage	4.5 „	4.5 „
XXVI	akut 8 Wochen	5.6 „	5.5 „
XXVII	akut 5 Wochen	5.6 „	5.5 „
XXVIII	chronisch 6 Monate	7.3 „	6.8 „
XXIX	chronisch 3 Monate	5.8 „	5.7 „
XXX	akut 10 Tage	7.2 „	6.9 „
XXXI	chronisch 2 Monate	5.7 „	5.7 „
XXXII	chronisch 6 Monate	7.5 „	6.2 „
XXXIII	chronisch posterior 2 Jahre	7.5 „	7.3 „
XXXIV	akut 3 Wochen	5.7 „	5 7 „
XXXV	subakut 4 Wochen	5.0 „	5.0 „
XXXVI	subakut 5 Wochen	5.7 „	5.4 „
XXXVII	chronisch 4 Jahre	12.4 „	12.4 „
XXXVIII	subakut, post. 2 Monate	5.5 „	5.5 „
XXXIX	chronisch 2 Jahre	11.6 „	11.6 „
XL	akut 3 Wochen	5.4 „	5.4 „

auf die in der Harnröhre enthaltene Flüssigkeit ausgeübten Druckes zur Geltung zn bringen, welchem Druck der Kompressor urethrae nicht zu widerstehen vermag.

Würde es sich hier wirklich um Insufficienz handeln, so müfste schon von einem viel geringeren Flüssigkeitsquantum ein Teil nach hinten dringen, denn wir kennen ja das Bestreben der leeren Harnröhre, vermöge dessen deren leeren Wände sich an einander zu legen trachten; von einer relativen Insufficienz kann andererseits mangels einer genauen Kenntnis der Harnröhrenkapazität und der Widerstandsfähigkeit des Kompressor urethrae, welche eine individuelle Eigenschaft ist und die vor der Erkrankung zu messen kaum Gelegenheit geboten ist, wie gesagt, von einer relativen Insufficienz kann ohne Kenntnis der normalen Verhältnisse bei demselben Individuum kaum die Rede sein. Ich erachtete es für notwendig, diese Erwägungen auch experimentell zu prüfen und das Resultat hat meinen Standpunkt vollkommen gerechtfertigt.

Bei meiner zweiten Versuchsreihe ging ich folgendermafsen vor: Ich spritze in die Harnröhre des Kranken so lange Flüssigkeit ein, bis er das Gefühl der Völle und Spannung meldet. Die Menge der nach 3 Minuten herausgelassenen Flüssigkeit vergleiche ich mit der Menge der eingespritzten Flüssigkeit, dann spritze ich neuerdings um 4—6 ccm mehr Flüssigkeit ein als unmittelbar vorher, demnach um so viel mehr, dafs die Menge der Flüssigkeit beläufig der vom Kollegen Kiss in den meisten Fällen der ersten Versuchsreihe angewandten gleichkommt. Bei diesen Versuchen war die bei der ersten Injektion entleerte Flüssigkeitsmenge ohne Rücksicht auf die Akuität des Prozesses stets gleich dem eingespritzten Flüssigkeitsquantum, während nach der zweiten Injektion, welche auf ähnliche Weise wie die des Dr. Kiss vollzogen wurde, das entleerte Flüssigkeitsquantum fast stets kleiner war wie das eingespritzte (siehe Tabelle II).

Mit Bezug auf Fall VII dieser Tabelle sei mir gestattet zu bemerken, dafs ich beim zweiten Versuch trotz der intensiven Muskelkontraktionen, welche die Flüssigkeit gewaltsam mit einer Kraft auszutreiben strebten, wie ich sie sonst nicht in einem einzigen Falle zu beobachten Gelegenheit hatte, das Orificium 3 Minuten lang zuhielt, darum konnte es geschehen, dafs nach

dem Herauslassen der Flüssigkeit nicht einmal eine der gemessenen Kapazität der Harnröhre entsprechende Menge herauskam, weil die Kontraktionen dieselbe in die Blase getrieben hatten.

Obwohl auch der gröfste Teil der übrigen Fälle für die Richtigkeit meiner Auffassung spricht, finde ich doch die Ähnlichkeit mit den Fällen von Kiss am eklatantesten in dem zitierten Falle ausgeprägt.

Tabelle II.

Nr.	Charakter und Dauer der Krankheit	Bis zum Gefühl der Völle injiziert		Es wurde mehr injiziert	
		Eingedrungen	Entleert	Eingedrungen	Entleert
I	chronisch 5 Monate	5.6 □cm	5.6 □cm	8.4 □cm	6.8 □cm
II	subakut 7 Wochen	6.0 „	6.0 „	9.0 „	8.4 „
III	chronisch 3 Monate	9.0 „	9.0 „	12.6 „	11.6 „
IV	subakut 3 Monate	5.8 „	5.6 „	13.6 „	8.0 „
V	subakut 4 Wochen	6.5 „	6.5 „	12.2 „	10.3 „
VI	chronisch $4^1/_2$ Monate	7.9 „	7.7 „	14.0 „	10.0 „
VII	chronisch 3 Monate	5 2 „	5.2 „	8.8 „	2.3 „
VIII	akut 1 Woche	6.4 „	6.0 „	13.0 „	12.0 „
IX	subakut 6 Wochen	7.0 „	6.7 „	12.0 „	10.2 „
X	subakut 5 Wochen	6.6 „	6.4 „	13.6 „	11.4 „
XI	chronisch 7 Monate	10.0 „	9.7 „	13.8 „	13 8 „
XII	akut 3 Wochen	7.0 „	7.0 „	13.0 „	11.0 „
XIII	subakut 4 Wochen	5.0 „	5.0 „	10.5 „	6.5 „
XIV	subakut 5 Wochen	5.7 „	5.4 „	12.0 „	7.6 „
XV	subakut 2 Monate	5.5 „	5.5 „	11.7 „	9.0 „
XVI	subakut 4 Wochen	6.3 „	6.1 „	10.2 „	8.0 „
XVII	akut 3 Wochen	5.4 „	5.4 „	10.6 „	7.3 „
XVIII	chronisch 5 Monate	8.2 „	7.9 „	12.0 „	7.8 „
XIX	Behandlung wegen nächtl. Samenflusses	10.6 „	10.3 „	14.3 „	13.5 „

Im XIX. Falle hatte der betreffende Kranke noch niemals eine entzündliche Affektion der Harnröhre bestanden (er stand wegen nächtlichen Samenflusses in Behandlung), trotzdem kam aus der Harnröhre um 1 ccm weniger zurück, weil wir „zu viel“ injiziert hatten.

In den wenigen Fällen endlich, in welchen das ganze Flüssigkeitsquantum wieder herauskommt, scheint die Empfindlichkeit der Harnröhre geringer, ihre Dilatabilität gröfser zu sein, wie

denn überhaupt nach meiner Beobachtung die Widerstandsfähigkeit des Kompressor und die Dehnbarkeit der Harnröhre zu einander in einem bestimmten Verhältnis stehen.

Nach alledem kann ich in Beantwortung des ersten Punktes der eingangs aufgeworfenen Frage mit Beruhigung behaupten, dafs bei den gebräuchlichen Einspritzungen, falls der Rauminhalt der Spritze nicht mehr als 10 ccm beträgt, der Stempel leicht verschiebbar ist und der Kranke langsam, gleichmäfsig so viel einspritzt, wieviel in seiner Harnröhre Platz findet, so dafs er kein Spannungsgefühl bekommt, welches Gefühl nach dem Grade der Infiltration der Harnröhrenwandung wechselt und die Flüssigkeit — eventuell auch gegen die beabsichtigte prolongierte Wirkung — nur so lange in der Harnröhre läfst als keine unwillkürlichen Muskelkontraktionen eintreten, welche die Flüssigkeit auszutreiben streben, keine Flüssigkeit in den hinteren Teil der Harnröhre dringen wird.

Diese meine Versuche widerlegen demnach den von Kiss eingenommenen Standpunkt. Dafs die Einhaltung der hier geforderten Bedingungen nicht schwer fällt, beweisen meine Erfahrungen an der Poliklinik, wo die Kranken nach der „gedruckten Vorschrift“ die Einspritzungen machen und dieselben gerade so vollziehen, wie ich sie in meiner ersten Versuchsreihe vorgenommen habe. Wir dürfen daher diese Injektionen mit Recht als die gebräuchlichen bezeichnen und mit Recht dürfen wir voraussetzen, dafs in denjenigen Fällen, wo die Flüssigkeit in den hinteren Teil der Harnröhre gedrungen ist, dies fast stets aus mechanischen Gründen geschehen ist, in keinem Falle hingegen infolge einer durch den Tripper verursachten relativen Insufficienz des Kompressor urethrae. Der zweite Punkt der eingangs aufgeworfenen Frage soll der Gegenstand einer nächsten Arbeit sein.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Schicksal und Wirkungen des sauren harnsauren Natrons in Bauch- und Gelenkhöhle des Kaninchens. Von W. His (jr.) (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 67. H. 1. 2. S. 81—108.)

In Fortsetzung der Freudweilerschen im Dtsch. Archiv Bd. 63. S. 266 mitgeteilten, in d. Ztschr. von mir Bd. XI. S. 256 referierten Untersuchungen hat His durch Injektion wässeriger Aufschwemmungen harnsauren Natrons in Bauch- und Gelenkhöhlen von Kaninchen und durch histologische Untersuchung verschiedene Zeit nach der Einverleibung über den Zusammenhang zwischen Harnsäureabscheidung und Gicht weitere Aufklärung zu gewinnen sich bemüht. Er fafst seine Resultate wie folgt zusammen:

1. Saures harnsaures Natron, in Bauchhöhle und Gelenk von Kaninchen eingespritzt, erzeugt eine mit Nekrose einhergehende Entzündung. Diese unterscheidet sich von der durch indifferente Fremdkörper hervorgerufenen durch früheren Beginn, grössere Intensität und Ausdehnung und durch das Übergreifen der Nekrose auf benachbarte Teile.

Bei Injektion ins Gelenk bleibt der Knorpel intakt, die Synovialis und das periartikuläre Gewebe verfallen der Entzündung.

2. Das saure harnsaure Natron wirkt teils als Fremdkörper, teils als schwaches Gewebegift. Die Giftwirkung kommt der Lösung des Salzes zu.

3. Innerhalb des Körpers kann amorphes Salz in Krystallisation übergehen.

4. Selbst gröfsere Mengen von Urat werden aus Bauch- und Gelenkhöhle in spätestens 8—10 Tagen resorbiert. An deren Entfernung beteiligen sich in ausgedehnter Weise Phagocyten: ein- und mehrkernige Leukocyten, Granulations- und Riesenzellen. Innerhalb dieser Zellen wird das harnsaure Salz rasch zerstört; in den regionären Lymphdrüsen ist es nicht mehr nachzuweisen.

5. Es ist wahrscheinlich, dafs bei frischer menschlicher Gicht dieselben Vorgänge sich abspielen, dafs aber bei der chronischen Gicht die Reaktionsfähigkeit des Organismus herabgesetzt ist.

6. Bei künftigen Autopsien Gichtkranker ist auf die Veränderungen

frisch entzündeter Teile zu achten, und bei therapeutischem Vorgehen sind neben den chemischen auch die vitalen Vorgänge zu berücksichtigen.

Goldberg-Köln-Wildungen.

On the Relation of the Reducing Power of Normal Urine to the amount of Certain Nitrogen Composition Present. Von John H. Long. (J. Am. Chem. Soc. 22 S. 309.)

Eine kritische Prüfung der normalen Urinbestandteile hinsichtlich ihrer reduzierenden Fähigkeit bei Anwendung einer Fehlingschen Lösung ergab, dafs von 23 Urinproben im Mittel 1000 cm^3 Urin 6,204 g CuO reduzieren; von diesen werden 0,935 g CuO durch Harnsäure und 1,961 g CuO durch Kreatinin reduziert, so dafs also nicht weniger als 46,6 % der gesamten Reduktion auf Rechnung von Harnsäure und Kreatinin zu setzen sind.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Über die Ausscheidung enterogener Zersetzungsprodukte im Urin bei konstanter Diät. Von H. Straufs und H. Philippsohn. (Zeitschr. f. inn. Med., 40. Bd. S. 369.)

Aus den Untersuchungen, die an 31 Patienten mit verschiedenen Krankheiten bei konstanter Diät angestellt wurden und wobei nur die flüchtigen Fettsäuren, aromatischen Oxysäuren, Phenol Indican und Ätherschwefelsäure bestimmt wurden, ergab sich folgendes: Von sichtbarem Einflufs auf die Gröfse der Ausscheidung der Zersetzungsprodukte war die Obstipation besonders bei Bleikolik. Hierbei erscheint im Urin oft Phenol, ferner ist die Indicanmenge vermehrt und die organischen Säuren erreichen oft abnorm hohe Werte. Die Magensaftsekretion beeinflufst die Ausscheidungen nur in geringem Mafse. Bei Diarrhoen dagegen war ziemlich normaler Befund. Der Umstand, dafs man gerade bei Fiebernden und Diabetikern die oben erwähnten Substanzen in besonders hohem Mafse im Urin findet, läfst es empfehlenswert erscheinen, nicht allein auf vermehrte Bildung, sondern mehr noch auf die verringerte Umformung der betreffenden Substanzen zu fahnden; denn offenbar besitzt der Organismus Mittel, die im Darmkanal gebildeten Zersetzungsprodukte derartig umzuwandeln, dafs nur ein kleiner Teil im Urin nachweisbar ist. Die Verfasser konnten bei einem schweren Diabetiker durch reichliche Zuckereinfuhr per os keine Herabsetzung der Acetonausscheidung im Urin nachweisen, ebensowenig eine Vermehrung des Acetons durch Aufnahme von Aceton durch den Darm. Dagegen sahen sie nach Aufnahme von 20 g buttersaurem Natron eine beträchtliche Vermehrung von Aceton, wodurch das Abstammen des letzteren aus Fettsäuren erwiesen ist.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Über eine neue volumetrische Methode zur quantitativen Bestimmung der Purinbasen im Harn. Von A. Jolles. (Centralbl. f. inn. Med. 1900, S. 905.)

Das Verfahren ist folgendes: 100 ccm eiweifsfreier Harn wird analog der Ludwig Salkowskischen Methode zunächst mit 10 ccm Magnesiamischung und mit Ammoniak versetzt; nach ca. 10 Minuten der Niederschlag filtriert und hierauf das Filtrat mit 10 ccm ammoniakalischer Silberlösung

versetzt. (Für klinische Zwecke genügt es, 100 ccm eiweifsfreien Harns mit 10 ccm der Ludwigschen Silberlösung und Magnesiamischung zu versetzen.) Nach ca. 20 Minuten Stehenlassen wird mittels Saugpumpe filtriert und mit ammoniakalischem Wasser bis zur Cl-Freiheit gewaschen. Darauf der Niederschlag mit heifsem Wasser in ein Becherglas übergespült, etwa 0.1—0.2 Magnesia usta zugesetzt und so lange erwärmt, bis ein den Dämpfen ausgesetztes feuchtes Lakmuspapier sich nicht mehr bläut (ca. 1 Stunde). Die Alloxurkörper können nun entweder in dem Silberniederschlag bestimmt werden, oder man zersetzt den Niederschlag mit Schwefelalkali, filtriert, wäscht mit heifsem Aq. dest. aus bis das Filter alkalifrei ist, säuert mit Schwefelsäure an, oxydiert mit Permagnat und bestimmt N. volumetrisch. Beide Methoden geben annähernd gleiche Resultate. Man versetzt den von Ammoniak befreiten Silberniederschlag resp. das Filtrat vom Schwefelalkaliniederschlag mit 20—30 ccm H_2SO_4 von 1,4 Dichte, erwärmt vorsichtig mit schwacher Flamme und setzt partienweise 0.8% Permagnatlösung so lange zu, bis der letzte Permagnatzusatz nicht mehr verschwindet (ca. 1/2 Stunde). Nach beendeter Oxydation und Erkalten bringt man die Flüssigkeit quantitativ ins Entwickelungsgefäfs und setzt vorsichtig NaOH bis zur schwachen alkalischen Reaktion zu. Nun bringt man ein Guttaperchacylinderchen mit 25—40 ccm konz. Bromlauge ins Entwickelungsgefäfs und führt volumetrisch die Stickstoffbestimmung nach des Verfassers Verfahren aus. Das Verfahren soll namentlich für Kliniken sehr geeignet sein.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

The excretion of Urea by Skin in Health. Von C. Easterbrook. (Scottish Med. and Surg. Journ. Bd. 6 1900 S. 120.)

Der Verfasser untersuchte an sich selbst, indem er sich 19 Tage lang einer strengen Fleischdiät unterwarf, die Harnstoffausscheidung durch die Haut. Ein nasses Tuch auf die Stirn gelegt zeigte nur eine Spur Ur., während es nach Muskelanstrengung oder heifsem Bade in bedeutender Quantität nachweisbar war. Morgens betrug die Ausscheidung durch die Haut 1%, abends 0,2%, also analog der Ausscheidung durch die Niere, die zwischen 0,1% und 0,02% schwankt; dagegen war jene nach Anstrengung bedeutend vermehrt, während diese konstant blieb oder erst 1 oder 2 Tage später erhöht war. Kaufmann-Frankfurt a. M. Homburg v. d. H.

L'uricémie chez l'enfant. Von J. Comby. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. 1900, 16. Aug.)

Die infantile Uricämie kann als 1. Stadium der arthritischen Diathese aufgefafst werden. Diese Stoffwechselstörung, die später in Gicht, Diabetes, Asthma etc. übergehen kann, äufsert sich in Verdauungsstörungen (periodischem Erbrechen mit Abmagerung), nervösen Affektionen (Gelenkschmerzen) und Hauteruptionen (Ekzem, Lichen). Im allgemeinen besitzt der Urin Hyperacidität mit vermehrtem spez. Gewicht. Fast immer ist Azoturie vorhanden, aufserdem vermehrte Harnsäureausscheidung; Zucker und Albumen finden sich nur bisweilen. Bei der Behandlung mufs die Thätigkeit von Darm und

Lunge geregelt werden. Bei Eintritt von Krisen sind Alkalien angezeigt, in den Intervallen Thermalkuren, deren Wahl sich nach den Symptomen zu richten hat. Dreysel-Leipzig.

Personal experiences of gout terminating in acute myositis of entire left lower extremity. Von Myrtle. (Brit. Med. Journ. 1900, 9. Juni.)

Bei dem von M. angeführten Falle stellte sich nach 4jährigem Bestande des Leidens eine akute Myositis der gesamten linken unteren Extremität ein. Durch heifse Bäder und Elektrizität gelang es, die Myositis allmählich zur Heilung zu bringen. Dreysel-Leipzig.

A note on gout. Von Edmunds. (Brit. med. Journ. 1900, 9. Juni.)

E. empfiehlt bei akuter Gicht Kal. salicyl.; er zieht dies dem Natr. salicyl. vor, weil es nicht schädigend auf das Herz wirkt. Bei chronischer Gicht und Rheumatismus hält er Kal. bitartaric. für vorteilhaft.

Dreysel-Leipzig.

Sur la valeur alimentaire des matières albuminoides administrées par la voie sus-cutanée. Von Laborde. (Soc. de biol. 4. August 1900, Presse méd. S. 65.)

Eiweifsstoffe subkutan injiziert rufen immer Nierenreizung hervor, sowie Vermehrung der Stickstoff-, Schwefel- und Phosphorausscheidung im Urin. Offenbar zerstören sie das Körpereiweifs. Wenn auch Hühnereiweifs und Caseïn etwas besser vertragen werden, so sind doch alle diese Stoffe subkutan einverleibt, therapeutisch nicht zu verwerten.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Klinisch-chemische Studien. Von Steyskal und Erben.

Stoffwechselversuch bei perniciöser Anämie. (Ztschr. f. klin. Med. Bd. 40. H. 1 u. 2. S. 165—180.)

Aus Krankengeschichte, Obduktionsbefund und Stoffwechselversuch bei einer Pat. mit perniciöser Anämie kommen die Verf. zu dem Ergebnis: Trotz schlechter Resorption tritt auch bei schweren Anämien kein Eiweifszerfall ein: Inanition oder Intoxikation als Folge einer Magen-Darmatrophie ist nicht die Ursache der perniciösen Anämie.

Goldberg-Köln—Wildungen.

Über cyklische Albuminurie. Von Dr. Paul Heim. (Orvosi Hetilap 1900, Nr. 27.)

Im Anschlusse an drei bei Kindern von 12—18 Jahren beobachteten Fällen von Pavyscher Krankheit legt Verfasser den Gedanken nahe, dafs zwischen der Hysterie und Neurasthenie im Pubertätsalter, sowie der cyklischen Albuminurie ein gewisser Zusammenhang bestehe, besonders wenn wir den Umstand in Betracht ziehen, dafs von den an cyklischer Albuminurie leidenden Kindern gerade die im Pubertätsalter stehenden Mädchen die Mehrzahl bilden, und dafs ihre Klagen jenen der neuropathischen Kinder gleichen. Als direkte Ursache der Albuminurie kann eine Zirkulationsstörung der Nieren angenommen werden; wissen wir doch, dafs bei Hysterie vasomo-

torische Störungen nicht selten sind und oft so bedeutend sein können, dafs sie zu Magen- und Lungenblutungen führen. Aufrechts Untersuchungen bewiesen, dafs die Zirkulationsveränderung der Nieren parenchimatose Veränderung des Nierengewebes verursacht. Ein Analogon zu dieser hysterischen Albuminurie finden wir in der bei Herzkranken oder Epileptikern auftretenden Albuminurie, die ebenfalls nur durch Zirkulationsstörung erklärt werden kann. Da die vertikale Körperhaltung den hydraulischen Gesetzen gemäfs die Zirkulationsstörung steigert, ist es leicht verständlich, dafs bei der cyklischen Albuminurie der Nacht- sowie der Morgenurin eiweifsfrei, und der während des Tages gelassene Urin eiweifshaltig ist, woher auch die andere Bezeichnung der Krankheit: „orthotische Albuminurie" stammt. — Die Prognose der Krankheit ist sehr günstig. — Die Therapie besteht in der möglichen Schonung des Kranken von allen körperlichen sowie geistigen Anstrengungen. Gut ist es nebstbei, den Kranken zeitweise auf 1—2 Tage niederlegen zu lassen, obzwar das Verschwinden der Eiweifsausscheidung dadurch nicht erreicht werden kann. Eine besondere Diäteinhaltung ist unnötig. Kellers Untersuchungen bewiesen, dafs der reiche Milchgenufs die Eiweifssekretion nicht nur nicht verringert, sondern sogar steigert. Heubner sah gute Erfolge von der Anwendung der Eisenpräparate.

J. Hönig-Budapest.

Cinq cas d'albuminurie orthostatique avec examen cryoscopique des urines. Von Merklen und Claude. (Soc. méd. des Hôp. 27. Juli 1900, Presse méd. S. 69.)

Bei 5 Patienten wurde eine diskontinuierliche Albuminurie stets im Zusammenhang mit dem Aufstehen beobachtet, ohne dafs die geringste Funktionsstörung der Nieren nachweisbar war. Wahrscheinlich giebt es eine Albuminurie bei Kindern und Erwachsenen im Zusammenhang mit Aufstehen, die nichts mit Nephritis zu thun hat.

Kaufmann-Frankfurt a. M.–Homburg v. d. H.

Ein Fall europäischer Chylurie. Von Predtetschensky. (Ztschr. f. klin. Med. 1900, Bd. 40. H. 1. 2. S. 84—97.)

33j. Russin; seit dem 16. Lebensjahr hatte Pat. in verschieden grofsen Zwischenräumen, deren längster 3 Jahre dauerte, Krankheitsanfälle; sie bekam nämlich Harnbeschwerden; der Harn führte weifse Gerinnsel und sah aus wie Milch oder wie Thee mit Milch, jedoch nur bei Tage, während der Nachtharn wieder gelbdurchsichtig wurde; begleitet von Schwäche, zuweilen auch von Nervenschmerzen, dauerten die Krankheitsperioden 3—5 Monate. — Harnanalyse: 24stdlch. Menge 1200—1800. s = 1014. Schwach sauer. Nachtharn strohgelb, durchsichtig, Tagharn wie Thee mit Milch. Durch Filtrieren nicht zu klären; durch Lauge und Schütteln mit Äther klar. $^1/_2$ $^0/_{00}$ Eiweifs, 0,25 Fett in 1 Liter. 6,7 gr Harnstoff im Liter, 1,75 P_2O_5; 7,00 Chloride. Sediment: Urethralepithelien; weifse Blutzellen und zwar einkörnige kleine Lymphocyten; einzelne rote Blutzellen; Fibrincoagula; Oxalate. Keinerlei Nierenelemente. Einmal Taenia nana. Keine Bakterien.

Verf. schliefst aus dem Studium der Litteratur mit Rücksicht auf den vorstehenden Fall folgendes:

1. Die wahre Chylurie, d. h. die Beimengung des Chylus aus einem lymphatischen Fistelgang zum normalen Urin, existiert.

2. Wahrscheinlich giebt es auch eine Adiposurie, bei welcher fettreiches Blut durch die Nieren sein Fett in den Harn filtriert.

3. Es giebt nichtparasitäre und parasitäre Chylurien; die Parasiten sind Filaria sanguinis hominum, Distoma haematobium für die tropische, Eustrongylus gigas und vielleicht Taenia nana für die europäische Chylurie.

4. Anatomie ist mangels Autopsien noch ungeklärt.

5. Das Fehlen von Zucker im chylösen Harn, die Periodizität der Chylurie; und die Verschiedenheit der Harnportionen im Lauf von 24 Std. harren noch der Erklärung. Goldberg-Köln-Wildungen.

Des hématuries essentielles. Von A. Malherbe et F. Leguen. (Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir. 1899, Okt.)

Verff. besprechen die einzelnen Arten der Hämaturie und kommen zu dem Schlusse, dafs es eine eigentliche essentielle Hämaturie überhaupt nicht gäbe, sondern dafs die Hämaturie immer und in jedem Falle symptomatischer Natur sei. Die Ursachen können allgemeine und lokale sein. Bei gewissen Fällen läfst sich allerdings eine Ursache nicht auffinden; hier sind weitere Beobachtungen und Untersuchungen nötig, da für diese Fälle eventuell veränderte Blutbeschaffenheit oder nervöse Einflüsse als Ursache mit in Betracht kommen können. Dreysel-Leipzig.

Über die Brauchbarkeit der neueren Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn. Von cand. med. A. Späthe. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Verf. prüfte unter Leitung von Rosin in der medizinischen Universitätspoliklinik in Berlin (Prof. Dr. Senator) die verschiedenen in Gebrauch befindlichen Gärungs-Saccharometer von Einhorn, Arndt-Fiebig und von Lohnstein 1898 und 1899 und kommt zu dem Schlufs, dafs das Lohnsteinsche Saccharometer 1899 an Genauigkeit bei gleichzeitiger Einfachheit und Handlichkeit alle anderen übertrifft. Zur Untersuchung sind natürliche diabetische Harne und keine künstlichen Zuckerlösungen herangezogen werden und die Ergebnisse wurden alle mit einem gut arbeitenden Polarisationsapparat verglichen. Ludwig Manasse-Berlin.

Über die Elimination einiger durch den Darmkanal und subkutan eingeführter Zuckerarten durch den Urin bei Kindern. Von P. Nobecourt. (Révue Mens. d. Mal. de l'enfance 1900, April.)

Verf. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse: Im allgemeinen besitzt die Darmschleimhaut der Kinder ein grofses Absorptionsvermögen für Laktose und zwar ein gröfseres als die Erwachsener; doch kommen hierbei Ausnahmen vor. Für Saccharose liegen die Verhältnisse ganz ähnlich. Glykosurie konnte Verf. nach Aufnahme von Laktose oder Saccharose per os nie beobachten. Die Fähigkeit, Glykose zu assimilieren, ist bei Kindern

eine gröfsere als bei Erwachsenen. Diese erhöhte Assimilationskraft ist nicht auf die Leber beschränkt, sondern bezieht sich auf den gesamten Körper.

Dreysel-Leipzig.

Über die quantitativen Verhältnisse der nicht gärungsfähigen Kohlehydrate im diabetischen Harn. Von Priv.-Dozent Dr. H. Rosin.

Über Benzoylester und Kohlehydrate in normalen und in diabetischen Harnen. Von Dr. Frhr. v. Alfthan aus Helsingfors. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Rosin hat sich die Frage vorgelegt, ob beim Diabetes aufser dem Traubenzucker auch die Kohlehydrate vermehrt sind, — in Spuren sind beide Substanzen bekanntlich von anderen Autoren bereits im normalen Harn nachgewiesen worden — und kam mit Hilfe der von Baumann angegebenen Methode zu dem Schlufs, dafs die Vermehrung in minimo das Fünffache, in maximo das Dreifsigfache des Normalen beträgt.

Mit dieser Feststellung eröffnet sich eine neue Perspektive für die Frage des Kohlehydratstoffwechsels sowohl im gesunden Zustande als beim Diabetes. Rosin deutet die Aufgaben, die nunmehr der Lösung harren, nur an und behält sich weitere Arbeiten über diesen Gegenstand vor.

Sein Mitarbeiter v. Alfthan hat die bei den Arbeiten notwendigen Reaktionen und Analysen ausgeführt und teilt in dem obigen Aufsatz die technische Einzelheiten eingehender mit.

Beide Arbeiten sind aus der medizinischen Universitätspoliklinik in Berlin (Direktor Prof. Dr. Senator) hervorgegangen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Über metatraumatische alimentäre Glykosurie. Von Dr. M. Haedke, Ass.-Arzt. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Verf. prüfte die Frage der alimentären Glykosurie nach Nauyn (Verabfolgung von 100 gr chemisch reinen Traubenzuckers 2 Stunden nach dem ersten Frühstück) an 25 Fällen von meist schweren Kopfverletzungen oder Erschütterungen des ganzen Körpers und fand 15mal, d. h. in 60%, ein positives Resultat und nach Abzug von 3 Fällen, bei denen die Chloroformnarkose mitgewirkt haben könnte, immer noch 50%.

Eine Glykosurie ex amylo nach Strauss herbeizuführen, gelang aber in keinem der Fälle. Ebensowenig hat sich in einem der Fälle eine dauernde Zuckerausscheidung an das Trauma angeschlossen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Recherches sur l'action bactéricide in vitro du glycogène hépatique. Von Theissier. (Soc. de Biol. 4. August 1900, Presse médicale S. 65.)

Glykogen dem Nährboden zugesetzt oder Seidenfäden mit Glykogenlösung imprägniert, wirken in einer Konzentration von etwa 4% bakterizid auf Staphylococcus aur. Streptococcus, Bact. coli und Bacillus typhi.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.



Beiträge zur Zuckerabspaltung aus Eiweifs. Von Wohlgemuth. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 34.)

Bei den Versuchen des Verf. handelt es sich erstens um Nachprüfungen der Resultate anderer Forscher, sodann aber erstreckten sie sich auch noch auf andere Eiweifskörper, die vorher noch nicht auf die Anwesenheit einer Zuckergruppe untersucht waren. Eine Verbesserung der Methode glaubt Verf. darin zu sehen, dafs er statt der 3—5%, 9—10% Salzsäure, statt der Porzellanschale, in der ein ungleichmäfsiges Erhitzen stattfindet, ein Becherglas, das eine gleichmäfsige Verteilung begünstigt, verwendet; er nimmt ferner keine zu grofsen Mengen, sondern nur 10 gr Eiweifs auf 200 ccm Salzsäurelösung, und erhitzt nur bis zu einem gewissen Optimum, das durch öfteres Kontrollieren mit der Trommerschen Probe festgestellt wird, da durch zu langes Erhitzen der entstandene Zucker wieder zersetzt wird. Auf diese Weise fand W. im Pflanzeneiweifs ein Osazon der Hexosengruppe, wahrscheinlich ein Zucker der Mannitreihe. Aus dem Milchalbumin konnte ebenfalls ein Hexosazon dargestellt werden. Im Nukleoproteid der Leber wurde ein Pentosazon gefunden. Im Kasein, Vitellin, in Gelatine konnte in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungsergebnissen kein Kohlehydrat nachgewiesen werden. — Die Reinigung der Osazone geschah nach Neuberg in der Weise, dafs dieselben in möglichst wenig heifsem Pyridin gelöst und mit Ligroin, Äther und Wasser ausgefällt wurden.

Paul Cohn-Berlin.

Stoffwechselversuch bei einem Diabetiker. Von Luethge. (Ztschr. f. klin. Med. 1900, Bd. 39, H. 5. 6. S. 397—446.)

1. Die Absicht, durch Pankreasfütterung Pentosurie zu erzeugen, schlug fehl; man glaubt nämlich, dafs das Pankreasnukleoproteid Muttersubstanz der im Urin zuweilen ausgeschiedenen Pentose sei.

2. Der Patient bekam nach Darreichung enormer Mengen von Pankreas und Thymus, welche einen hochgradigen Nukleinumsatz bewirkte, keine Steigerung der Oxalurie — entgegen den Ergebnissen Lommels — (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 63, S. 599, referiert von mir d. Ztschr. Bd. XI, H. 4), jedoch nach Darreichung von Spinat prompt die bezweifelte „alimentäre Oxalurie“ in Form von reichlichem Kalkoxalatsediment im Urin.

3. Bezüglich der Bildung von Zucker aus Eiweifs stellte L. an seinem Diabetiker fest, dafs verschiedene Eiweifsarten hinsichtlich der Zuckerbildung nicht gleichwertig waren; nach Kasein und Pankreas ist die Zuckerausscheidung höher, als nach Rindfleisch, Eiereiweifs, Kalbsthymus, nach Rindfleisch höher als nach Eiereiweifs. Gleichzeitige Versuche Halseys an einem mit Phloridzin glykosurisch gemachten Hunde hatten ein abweichendes Ergebnis. Wahrscheinlich liefern verschiedene Eiweifskörper bei ihrer Spaltung verschiedene Mengen von Kohlehydrat; insbesondere scheinen Nuklein und Leucin für die Zuckerbildung geeignet.

4. Die Versuchsergebnisse L.s sprechen ebenso wie die anderer Autoren mit Entschiedenheit dafür, dafs in vielen Fällen von genuinem und experimentellem Diabetes aus Fett kein Zucker gebildet wird.



5. Bezüglich Oxydation und Resorption wurden im übrigen normale Verhältnisse, jedoch eine unerklärlich grofse N-Retention, nämlich 394,9 gr N in 5 Wochen, beobachtet.

6. P_2O_5, U, NH_3 waren oft entsprechend der Nahrung vermehrt. An einem Pankreastag wurde Cystinurie, an einem Fetttag Lipurie gesehen.

Goldberg-Köln—Wildungen.

Die klinische Bedeutung der Diazoreaktion. Von Iszó Hönig. (Klinisch-therap. Wochenschrift 1900, Nr. 26—31.)

H. suchte, um exaktere Daten zu gewinnen, die Reaktion in eine quantitative umzuwandeln, wobei er sich als des zweckmäfsigsten des Ehrlichschen Reagens bedient. In eine Bürette kommen 25 cm^3 filtrierten und von sonstigen Beimengungen befreiten Urins und 5 cm^3 Ammoniak pura liquida. In die zweite Bürette das Reagens (50 cm^3 Sulfanilsäure + 1 cm^3 Natr. nitros). Aus der ersten Bürette läfst man dann 5 cm^3 des Uringemisches in einen Schüttelcylinder und fügt dann tropfenweise hierzu das Reagens aus der zweiten Bürette bis zur deutlich ausgesprochenen Reaktion. Das Minimum des zuzusetzenden Reagens beträgt 0,5, das Maximum 5 cm^3. Eine Prüfung der Reaktion bei verschiedenen Krankheiten ergab, dafs diese Reaktion, wie ja auch andere gefunden, konstant bei Typhus abd. und Morbillen, ferner auch bei Tuberkulose vorkommt. Bei letzterer bedeutet sie keineswegs ein letales Prognostikon. Sie wird bei Typhus abd. wahrscheinlich hervorgerufen durch modifizierte Typhusbazillentoxine, die in den Kreislauf gelangen. Das Ausbleiben bei dieser Krankheit deutet auf eine Besserung, während andererseits die Intensität der Reaktion, wie die quantitativen Untersuchungen ergaben, in direktem Verhältnis zur Schwere der Affektion steht. Da sie leichter ausführbar ist und früher auftritt als die Gruber-Widalsche Serumreaktion, besitzt sie gewisse Vorzüge vor dieser. Von der durch Medikamente verursachten Pseudoreaktion unterscheidet sie sich durch stärkere Intensität und Vorhandensein eines grünen Niederschlags.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Untersuchungen über Ausscheidung des Aceton durch Lungen und Nieren beim Diabetes mellitus. Von Dr. Julius Elischer jun. (Aus der Würzburger med. Klinik.) (Orvosi Hetilap 1900, Nr. 20.)

Verf. stellte sich zur Aufgabe, bei der schweren Form der Diabetes die absolute Menge des während 24 Stunden ausgeschiedenen Acetons zu bestimmen; ferner zu prüfen, wieviel davon durch die Nieren, wieviel durch die Lungen ausgeschieden wird, und ob ein bestimmtes Verhältnis zwischen den ausgeschiedenen Acetonmengen bestehe. — Zum Auffangen des aus den Lungen ausgeschiedenen Acetons wurde der Müllersche Apparat benützt. Das Aceton wird bei dieser Methode durch stark abgekühltes destilliertes Wasser gebunden und kann durch die auf der Liebenschen Jodoformprobe beruhende Messingersche Titrierung unmittelbar festgestellt werden. Die Titrierung mufs aber sofort nach dem Versuche vorgenommen werden. — Der Acetongehalt des Urins wurde nach der Neubauer-Vogelschen Methode

bestimmt. — Die Versuche stellte Verf. an zwei Diabeteskranken an, bei dem einen 18 Tage, bei dem anderen 8 Tage hindurch. Die Ergebnisse dieser Versuchsreihen faſst Verf. in folgendem zusammen: Die Tagesmenge des ausgeschiedenen Acetons schwankte zwischen 0.9—5.8 gr. Eine verhältnismäſsig groſse Menge des Aceton verläſst den Organismus durch die Lunge. Ein bestimmtes Verhältnis zwischen Acetongehalt der ausgeatmeten Luft und des Harns konnte nicht festgestellt werden, doch ist dasselbe ganz verschieden von dem Verhältnisse, welches beim Gesunden zwischen der durch die Lunge und die Niere ausgeschiedenen Acetonmenge besteht: denn bei Diabetes verläſst der viel gröſsere Teil des Acetons durch die Nieren, zumeist ist der Acetongehalt des Urins zweimal so groſs, manchmal noch gröſser als der der Luft, wozu aber der Umstand, daſs wir einen groſsen Teil des Acetons als Acetessigsäure zu bestimmen genötigt sind, vieles beiträgt, und die Eisenchloridreaktion auf Acetessigsäure war immer positiv. Die im Organismus vorhandene Acetongesamtmenge verläſst ja nur teilweise denselben, da ein Teil im Organismus verbrennt und an diesem Prozesse nimmt die Lunge wahrscheinlich den gröſsten Anteil. Die Beobachtung von Hirschfeld und Rosenfeld, daſs die bei Eiweiſskost bestehende Acetonurie nach Kohlehydratzufuhr rasch abnimmt, konnte auch bezüglich der Lunge festgestellt werden, wie auch jene Beobachtung Hirschfelds, daſs bei Diabetes die Acetonurie im verkehrten Verhältnis steht zum Assimilationsvermögen des Körpers für Kohlehydrate resp. Zucker, sich als richtig erwies, jedoch war der Einfluſs der Kohlehydrate auf die Acetonausscheidung nicht so charakteristisch als bei Gesunden. J. Hönig-Budapest.

Ein geheilter Fall von Diabetes mellitus. Von Dr. Zaudy, Assistenzarzt. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

In der Einleitung zu der obigen Arbeit betont der Verf. mit Recht, daſs man von einer Heilung beim Diabetes mellitus stets nur mit einer gewissen Reserve sprechen darf. In dem Fall, über den er berichtet, war bei einem 50jährigen Maurer, der wegen Schmerzen in den Füſsen, Knieen und dem Rücken und wegen Reiſsen im Kopf in der Göttinger medizinischen Universitätsklinik (Prof. Dr. Ebstein) Aufnahme gefunden hatte, reichliche Zucker- und Acetonausscheidung konstatiert worden. Nach einer leichten antidiabetischen Kur und Verabfolgung von Salol ging der Zuckergehalt so weit zurück, daſs mit den gewöhnlichen Proben kein Zucker mehr nachweisbar war. Etwa $^3/_4$ Jahre später fand der Pat. wieder Aufnahme in der Klinik, und auch jetzt war er noch zuckerfrei, trotzdem er in der Zwischenzeit nicht genügend streng gelebt hatte und auch in der Klinik ihm gerade vorsichtig Amylaceen gereicht wurden. Die Assimilationsgrenze durch immer stärkere Zufuhr von Amylaceen festzustellen wurde absichtlich unterlassen, weil die Erfahrung gelehrt hat, daſs im Anschluſs an solche Versuche es nicht immer gelingt, den Zuckergehalt wieder herabzudrücken. — Der Verf. ist geneigt, den günstigen Ausgang in diesem Falle auf die Verabfolgung des Salols (4,0 g pro die) neben der antidiabetischen Diät zurückzuführen. Die einzelnen Komponenten des Salols, die Salicyl- und die Karbolsäure, gelten lange be-

reits als antidiabetische Mittel. Salol als solches ist früher schon von Nicolaier und Sahli therapeutisch gegen Diabetes verwendet worden.

Ludwig Manasse-Berlin.

Noch ein „geheilter" Fall von Diabetes mellitus. Von Dr. J. Hainebach, Frankfurt a. M. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 32.)

Bei einem Patienten in den 40er Jahren wurde im Anschlufs an eine Phlegmone bei einer Urinuntersuchung 4% Zucker entdeckt, die allgemeinen Beschwerden reichten einige Wochen zurück. Auf ein anfangs strengeres, später milderes antidiabetisches Regime ging der Zuckergehalt auf 1% und verschwand nach einer Erholungsreise gänzlich. Auch in den folgenden vier Monaten — so lange reichte die Beobachtung — war der Zucker nicht mehr nachweisbar, trotzdem Pat. wieder alles afs.

Ludwig Manasse-Berlin.

Syphilis und Diabetes. Von A. Fournier. (Bull. de l'Acad. de Méd. 1900, 20. Aug.)

Das von F. beobachtete von einem syphilitischen Vater abstammende Mädchen litt im Alter von 6 Wochen an Coryza, Papeln am Anus und an den Genitalien. Eine antisyphilitische Behandlung brachte damals Heilung. Sieben Jahre später erkrankte das Mädchen an ausgesprochenem Diabetes. Die gewöhnliche diätitische Behandlung blieb ohne Erfolg, dagegen wurde durch eine spezifische Therapie prompte Heilung erzielt.

Dreysel-Leipzig.

Zur Kasuistik des pankreatogenen Diabetes. Von W. Bauermeister. (Arch. f. Verdauungskrankheiten, Bd. VI S. 1.)

Der von B. angeführte Fall betrifft einen 48jährigen Mann mit Icterus Appetitlosigkeit, Pentosurie und alimentärer Glykosurie. Im rechten Epigastrium war eine Resistenz vorhanden, die B. auf eine Pankreatitis interstitialis zurückführte. Der Icterus schwand allmählig und das Allgemeinbefinden hob sich, dagegen trat eine Furunkulosis ein; im Urin 0.6% Zucker. Bei entsprechender Diät schwand der Zucker rasch. Verf. meint, dafs sich bei dem Falle bei unzweckmäfsiger Behandlung ein wirklicher Diabetes entwickeln würde. Dreysel-Leipzig.

Case of pancreatic Diabetes due to calculi. Von E. W. Phillips. (Lancet 1900, 14. Juli.)

Der Fall betrifft einen 50jährigen Kranken mit Blut- und Eiterabsonderung bei der Defäkation. Durst und Polyurie waren nicht vorhanden. Der Urin enthielt Zucker, aber kein Albumen. Koliken bestanden schon seit 20 Jahren. Nach 6monatlicher Beobachtung erfolgte der Tod. Der Hauptausführungsgang des Pankreas und verschiedene Nebengänge waren durch Steine vollkommen verlegt. Eine Conmmunication zwischen dem Ductus pancreaticus und dem Ductus choledochus oder dem Dudonum war nicht nachzuweisen. Dreysel-Leipzig.

Amylenhydrat bei Diabetes insipidus. Von W. Niessen. (Therap. Monatsh. 1900, Aug.)

N. wandte bei einem Kranken mit Polyurie wegen Schlaflosigkeit Amylenhydrat an. Es erfolgte Besserung sämtlicher Krankheitserscheinungen. Nach eingehenden Versuchen über die Leistungsfähigkeit des Medikamentes kommt N. zu dem Schlusse, dafs Amylenhydrat dolyurie und Polydipsie in manchen Fällen zeitweise zu bessern und in wenigen vollständig zu heilen vermöge. Dreysel-Leipzig.

Zur Verbreitung der Zuckerkrankheit im preufsischen Staate. Von Dr. Georg Heimann, Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Eine statistische Zusammenstellung, der die amtlichen Erhebungen des Königlich Preufsischen statistischen Bureaus zu Grunde liegen. Es sind verarbeitet die Todesfälle an Zuckerkrankheit für den Zeitraum von 1877 bis 1897, und die Zahl der Erkrankungsfälle für den gleichen Zeitraum, soweit sie in Heilanstalten zur Beobachtung kamen. Einzelheiten der Arbeit werden besser im Original nachgelesen. Ludwig Manasse-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

Über Tag- und Nachtharn. Von R. Lepeyrasts. (D. Arch. f. klin. Med. 68. Bd., S. 175.)

Genaue Messungen desselben bei verschiedenen Zirkulationsstörungen ergaben bei allen Erkrankungen des Herzens und der Niere, die mit Störungen des Herzmuskels oder der Gefäfse selbst einhergehen, eine dauernde Vermehrung der nächtlichen Harnausscheidung, die allerdings bei Besserung dieser Affektionen geringer werden kann. Es beruht dies wahrscheinlich darauf, dafs während der Nachtruhe, wo viele Aufgaben für die Zirkulation wegfallen, die Organe das zurückgehaltene Wasser wieder an den Blutkreislauf abgeben, wodurch die Sekretion steigt, während tags über infolge geschwächter Zirkulation die Abscheidung verringert ist. Daneben spielen aber wahrscheinlich noch andere bis jetzt unbekannte Faktoren eine Rolle.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Il valore funzionale del rene dopo la interruzione del circolo nella vena emolgente. Von R. Alessandri. (Bull. della R. Acad. Med. di Roma 1899.)

A. hat bei einem Tiere auf der einen Seite die Nierenvene unterbunden und nach drei Monaten die andere Niere exstirpiert. Das Tier, das bis dahin völlig gesund war, starb 5 Tage später, nachdem es sich die Operationswunde aufgerissen hatte. Das Parenchym der erhaltenen Niere war vollständig normal, die Kollateralvenen waren erweitert. Die Nierenunterbindung hatte also für die Niere keine Schädigung verursacht.

Dreysel-Leipzig.



Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie. Von Métin. (Ann. de l'Institut Pasteur 1900, S. 415.)

Aus den Versuchen an Meerschweinchen und Kaninchen ergiebt sich 1. dafs die Nieren (und Leber) für Bakterien, die subkutan oder intravenös injiziert worden sind, undurchlässig sind und 2. dafs ein Aufgehen von Bakterienkulturen ein Zeichen dafür ist, dafs die gewonnene Flüssigkeit Blut enthielt, welches von einer mechanischen oder chemischen Verletzung entweder des Epitels oder der Blutgefäfse herrührt.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Reins lésés par la vinylamine. Von Levaditi. (Ibidem.)

Durch diese Substanz wurde bei den Versuchstieren der ganze Harntractus affiziert, teils bestanden Hämorrhagien, teils Ulcerationen. Babès sah bei Scarlatina die gröfsten Zerstörungen in den Pyramiden.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Über die Beziehungen des Trinkwassers zur Lithiasis. Von Preindlsberger. Vorgetr. am II. österr. Balneologenkongresse vom 31. März bis 5. April 1900. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 39. 1900.)

Verf., welcher Gelegenheit gehabt hat, in Bosnien 175 Steinkranke zu beobachten, beschäftigt sich seit längerer Zeit damit, den Zusammenhang zwischen Lithiasis und Trinkwasser zu ergründen. Im allgemeinen sind die Trinkwässer Bosniens und der Herzegowina ziemlich hart, die Blasensteinkrankheit ist daselbst sehr verbreitet. Die Ansicht Kukulas, welcher annimmt, dafs in manchen Gegenden das reiche Vorkommen kohlensäurehaltiger Wässer das seltene Auftreten von Lithiasis erkläre, wird durch den Umstand widerlegt, dafs gerade in Bosnien, wo die Steinkrankheit so häufig ist, es zahlreiche kohlensäurehaltige Mineralquellen giebt. Auch die Ansicht Stamms, dafs kalkhaltiges Trinkwasser durch Verminderung der Acidität die Bildung von Phosphatsteinen begünstigt, findet in den Untersuchungen P.'s keine Stütze, da von 26 Steinen 4 Phosphatsteine allerdings aus Orten mit härterem Trinkwasser stammen, aber auch 22 Steine anderer Zusammensetzung ebenfalls durchwegs aus Orten mit hartem Wasser herrühren. P. stellt noch weitere Untersuchungen über das Thema in Aussicht.

von Hofmann-Wien.

Les eaux minérales de Siradau. Von I. Gutmann. (Thèse, Paris 1900.)

Die Quellen von Siradau, in den Hochpyrenäen gelegen, sind teils alkalisch mit Schwefel, Calcium und Mg, teils eisenhaltig. Sie sind besonders empfehlenswert gegen Diabetes, Gicht und Nierensteine.

Kaufmann-Frankfurt a. M. Homburg v. d. H.

Qu' est-ce que le rein palustre? Von Dr. E. Legrain. (Annales des mal. des org. genito-urin. 1900, Nr. 7.)

Verf. kommt zu dem Resultat, dafs die Malaria-Niere nichts besonders Charakteristisches bietet. Vielfach sind alle möglichen Fieberformen zusammengeworfen worden und so falsche Bilder entstanden. Es giebt nach den Erfahrungen des Verf. in den Tropen eine gutartige Intermittensform, welche

durch Chinin prompt beeinflufst wird. Diese erzeugt nie Affektionen der Niere. Neben dieser reinen Intermittens bestehen verschiedene andere Fieber (Coli-bacillose, maladie pyocyanique, cirrhose biliaire etc.), welche auf Chinin selbst in grofsen Dosen nicht reagieren. Hierbei entstehen öfters Nierenentzündungen, sowohl die Brightsche als auch die primär atrophische Form. Koenig-Wiesbaden.

Harnsäureinfarkt beim Neugeborenen. Von Aschoff. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 35.)

Demonstration von mikroskopischen Präparaten. Uratzellen (nach Ebstein und Nicolaier) fanden sich nicht, wohl aber kleinste Harnsäurekügelchen in den Rindenkanälchen, die durch Sekretion der Epithelien dorthin gelangt zu sein schienen. Im Kapselraum der Glomeruli fanden sich Eiweifscylinder und Eiweifs, die möglicherweise nur als postmortale Erscheinungen aufzufassen sind. Ludwig Manasse-Berlin.

The clinical aspect of Plague. Von F. G. Clemow. (Amer. Journ. of the Med. Sciences 1900, May.)

C. giebt eine genaue Beschreibung der Symptomatologie der Pest. Die Beteiligung des Harnapparates macht sich durch verminderte Urinsekretion, Albuminurie, bisweilen auch Cylindurie bemerkbar. Blut findet sich selten im Harn, dagegen ist Urinretention häufig; sie entsteht durch Einflufs der Krankheit auf das Nervensystem. Dreysel-Leipzig.

Nervöse Störungen im ersten Stadium der Nierenerkrankung. Von Dr. Fleury. (Progrès médical 1899, 2. u. 9. Dez. Die Therap. d. Gegenw. 1900, Juli.)

Ähnlich dem präataktischen Stadium der Tabes will De Fleury im Beginn der Nephritis in 4 Fällen eine Reihe von nervösen Störungen beobachtet haben, die an das petit mal erinnern, zuweilen auch als schwerere cerebrale Störungen sich darstellen. Ob nicht die dabei gleichzeitig beobachtete oft nur minimale Albuminurie, der verminderte Blutdruck etc. als Folgezustand und nicht als Ursache dieser Erscheinungen aufzufassen sind, mufs dahingestellt bleiben (der Ref.). Die Wirksamkeit der eingeleiteten Therapie, die in Milchdiät, Entziehung des Alkohols bestand, würde nicht gegen diese Auffassung sprechen. Ludwig Manasse-Berlin.

Hémorragies névropathiques des organes génito-urinaires. Von Lancereaux. (Acad. de méd. 21. August 1900, Presse méd. S. 85.)

Hämaturien treten besonders nach Beseitigung von hämorrhoidalen Blutungen auf, bei Frauen ferner in der Pubertät und Menopause. Die beste Behandlung besteht in Chinindosen von 0.8 bis 1.5 gr.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Anuria followed by retention of urine in a case of Hysteria. Von A. Gordon. (Med. Record 1900, 25. August.)

Der Fall betrifft eine 45jährige hysterische Frau, bei der es mehrmals zu einer mehrere Tage anhaltenden vollständigen Anurie kam. Das Allgemeinbefinden war dabei ein nahezu ungestörtes. Durch lokale Anwendung von

Alkohol und Chloroform in der Nierengegend liefs sich die Anurie beseitigen. Verf. glaubt, dafs die starke Aufregung, die der Anurie vorausging, auf die Centren im Gehirn und von hier aus reflektorisch auf die vasomotorischen Centren in Medulla und Rückenmark eingewirkt habe. Diese Centren senden Nervenfasern zu dem Plexus renalis, von dem aus eine Kontraktion der Blutgefäfse der Niere und als Folge hiervon eine Anurie ausgelöst wird.

Dreysel-Leipzig.

Fall von Nephrotyphus. Von Dr. G. Sternberg. (Gyogyaszat 1900, Nr. 17.)

Der Fall betrifft einen 22jähr. Lehrer, der sich erst seit einigen Tagen krank fühlt, somnolent ist, und über heftige Schmerzen in der Leisten- und Kreuzgegend klagt, so dafs sich der Verdacht vorerst auf eitrige Entzündung der Articulatio sacro-iliaca lenkte. Am nächsten Tage aber trat Meteorismus auf, ferner Obstipation, Brechreiz und grofse Empfindlichkeit des Bauches, so dafs das Bild einer Peritonitis vorherrschte. Da Symptome von Blasenparese zugegen waren, wurde der bewufstlose Patient katheterisiert. Nach 3 Tagen war der — spontan entleerte — Harn sehr blutig, enthielt reichlich Albumen, so dafs die hämorrh. Nephritis zweifellos war. Aufserdem entwickelten sich diffuse Bronchitis, Milztumor, Extremitätenzittern, trockene Zunge, Subcultus tendinum, dabei Febris continua continens. Der Fall endete mit Tod. Jedoch fehlt eine Mitteilung des Sektionsbefundes, der die Diagnose des Nephrotyphus mit voller Bestimmtheit rechtfertigen würde.

J. Hönig-Budapest.

The prophylatic and management of interstitial Nephritis Von Ch. W. Purdy. (Journ. Americ. Med. Assoc. 1900, 28. Juli.)

P. hat mehrere 100 Kranke mit interstitieller Nephritis untersucht und bei der Mehrzahl dieser Fälle sitzende Lebensweise, reichliche Zufuhr von Eiweifsstoffen, übermäfsige Aufnahme und übermäfsige Ausscheidung von Stickstoff konstatieren können. P. schreibt diesen Momenten einen grofsen Einflufs bei der Enstehung der interstitiellen Nephritis zu, ihre Vermeidung mufs bei der Prophylaxe also die Hauptrolle spielen. Bei allen Kranken, bei denen der Ausbruch einer interstitiellen Nephritis zu befürchten steht, ist die Fleischnahrung einzuschränken und sind reichliche Bewegungen, event. Massage zu verordnen. Bei schon entwickelter Erkrankung mufs die Diät eine noch eingeschränktere sein und vor allem dem Herzen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden. Tritt Hypertrophie und Herzschwäche ein, dann ist unter Umständen für mehrere Wochen absolute Ruhe nötig; später ist eventuell Herzgymnastik nach der Methode von Schott oder eine Kur in Nauheim am Platze.

Dreysel-Leipzig.

Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer akuten Nephritis bei Sekundärsyphilis (Nephritis syphilitica praecox). Von Stepler. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43, 1900.)

Ein 20jähriger, bisher stets gesunder Mann hatte $1^1/_2$ Monate vor der Spitalsaufnahme einen harten Schanker acquiriert. Seit 8 Tagen bestand Schwellung des Gesichtes, seit 3 Tagen Ödem der Beine und zunehmende

Schwäche. Bei der Untersuchung zeigte sich auf der Brust, dem Abdomen und den Beinen deutliche Roseola luetica. Gleichzeitig bestand doppelseitiger Hydrothorax (beiderseits bis zum Schulterblattwinkel reichend) und Ascites. Das Geschwür an der Glans penis war in Überhäutung begriffen. Urin trübe, spez. Gewicht 1035, Tagesmenge 500 cm, 12 ‰ Eiweifs. Im Sediment reichliche weifse und rote Blutkörperchen, hyaline und granulierte Cylinder. Blut- und Epithelcylinder, Krystalle von Harnsäure und oxyalsaurem Kalk. Die Therapie bestand durch acht Tage in Bettruhe und ausschliefslicher Milchdiät. Nach Ablauf dieser Zeit wurde unter Beibehaltung der Milchdiät mit einer vorsichtigen Schmierkur begonnen. Die Eiweifsmenge, sowie die Ödeme nahmen mit dem Schwinden der luetischen Erscheinungen rasch ab, so dafs der Patient 7 Wochen nach seiner Spitalsaufnahme geheilt entlassen werden konnte. von Hofmann-Wien.

Blaublindheit bei Schrumpfniere. Von C. Gerhardt. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 1.)

Koenig fand unter 25 Kranken mit Blaublindheit 14mal eine Erkrankung der Niere mit Retinitis albuminurica. Verf. konnte zwei Fälle von Schrumpfniere beobachten, bei denen alle Farben aufser Blau erkannt wurden. Dreysel-Leipzig.

Risultati definitivi sperimentali sulla chirurgia conservativa del rene nelle lesioni dell' arteria renale. Von Alessandri. (Bull. della R. Acad. di Med. di Roma 1899.)

A. hat bei zwei Tieren die Nierenarterie unterbunden und die betreffende Niere 75, bezw. 107 Tage später untersucht. Die Schädigungen der Unterbindungen erwiesen sich als nahezu überwunden, die histologischen Verhältnisse als beinahe normal. An der 107 Tage nach der Operation untersuchten Niere fanden sich nur einzelne keilförmige Herde mit Bindegewebswucherung, Verschwinden der epithelialen Elemente und Degeneration der Glomeruli als Folgen der Zirkulationsschädigung. Dreysel-Leipzig.

Über kongenitale Nierencysten. Von Dr. Jacob und Dr. Davidsohn. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 30.)

Dr. Jacob berichtet in der Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin (Sitzung am 12. Juli 1900) über einen Fall von kongenitaler Nierencyste bei einer 50jähr. Patientin. Die Diagnose war intra vitam gestellt, es fanden sich zwei höckrige Tumoren, im Urin zeigten sich rosettenartige Gebilde von konzentrischer Anordnung, mit Blutpigment bedeckt. Der zweite Vortragende Dr. Davidsohn demonstriert die zugehörigen Präparate. Nach Virchow unterscheidet man, wie er ausführt, kongenitale Nierencysten, deren Träger in jugendlichem Alter zu grunde gehen und Cystennieren von Erwachsenen infolge einer besonderen Disposition. Nach Ribbert ist die Entstehung der Cystennieren darauf zurückzuführen, dafs die normale Vereinigung der Harnkanälchen mit den Uretersprossen nicht zu stande kommt.

Ludwig Manasse-Berlin.

Anomalie rénale, pyonéphrose. Von Souligoux u. Fossard. (Soc. anat. 2. August 1900, Presse méd. S. 89.)

Demonstration einer Niere, die aus 2 übereinander gelagerten, vollstän-

dig voneinander getrennten Teilen bestand und die beide vereitert waren, während die Niere der anderen Seite gesund war.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Hemburg v. d. H.

Some observations upon Hydronephrosis. Von A. F. Cabot. (Amer. assoc. of gen.-ur. Surgeons, Mai 1900.)

Bei einem 11jährigen Knaben, der seit $9^1/_2$ Jahren an Schmerzanfällen in der linken Nierengegend gelitten hatte, wurde als Ursache der Beschwerden eine Hydronephrose festgestellt und durch Nephrostomie und Drainage dieselben beseitigt. Als man aber nach 2 Jahren zwecks Schliefsung der Urinfistel die Niere freilegte, ergab sich, dafs der Ureter etwas unterhalb seines Ursprungs um eine accessorische Arterie, die von der Aorta zur Niere ging, eine S-förmige Schlinge bildete und dafs er von da an sehr eng wurde mit dünnen Wänden. Auf Grund dieses Befundes wurde die Nephrektomie gemacht, wodurch der Knabe vollständig geheilt wurde.

Kaufmann-Frankfurt a. M. Homburg v. d. H.

Ein Fall von Pyelitis pseudomembranacea. Von Löblowitz. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 41, 1900.)

Der Patient, ein 36jähriger Offizier, acquirierte von 20 Jahren eine Gonorrhoe, welche niemals vollständig geheilt wurde. Seit 4 Jahren zeitweiliges Auftreten von grofsen grau-gelben Fetzen im Urin, gleichzeitig heftige Schmerzen in der Nierengegend. Harn ammoniakalisch. Bei der Untersuchung erwiesen sich die Nieren als nicht vergröfsert und nicht druckempfindlich. Prostata klein, hart, zerklüftet. Falls Membranen ausgeschieden wurden, erwiesen sich dieselben als strukturlos mit einem Netz von Fibrinbändeln, mit einem reichlichen Leukocyten-, Krystall- (phosphorsaure Ammoniakmagnesia) und Bakteriengehalt. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich ein nach Gramm sich nicht entfärbender Mikrococcus und Stäbchenbakterien (wahrscheinlich Bacter. coli comm.). Einzelne Membranen bestanden aus mehreren Schichten, die zwiebelschalenförmig ein im Centrum befindliches Konkrement (Phosphatstein) umgaben. Bei der Cystoskopie fand sich starke Trabekelblase mit Zeichen von Cystitis, Prominenz der beiden Ureterwülste. Aus dem linken Ureter entleerte sich trüber Urin. Die Diagnose lautete: Calculosis pelvis sin. Pyelitis pseudomembranacea. Cystitis ammoniacalis catarrh. Bacteriuria. Reichliches Trinken von Wasser (nach Rovsings Vorschlage) sowie Salol führte Erleichterung, aber keine Heilung herbei. L. würde heute bei einem derartigen Falle Urotropin anwenden.

von Hofmann-Wien.

Drei Fälle von subkutaner Nierenzerreifsung. Von Borowsky. (Wojenno med. Journ. 1900, März.)

Fall 1: 23jähriger Mann, der ein Trauma an der rechten Seite erlitt. Es stellten sich Hämaturie, Fieber, Schmerzen ein. Operation am 12. Tage: Die von Blut umgebene Niere war in der Mitte bis zum Nierenkelch durchrissen. Tamponade. Schwinden der Hämaturie nach $1^1/_2$, Heilung nach 3 Monaten.

Fall 2: 12jähriger Knabe, dessen linke Seite ein Hufschlag traf.

$1^1/_2$ Monate später stellte sich eine Schwellung im Abdomen ein, die 2 Monate später nach einem heftigen Durchfalle schwand. Nach Incision entleerten sich grofse Eitermassen. Tod während der Operation infolge Stillstandes der Respiration. Die vergröfserte Niere zeigte eine durch die ganze Dicke reichende Narbe.

Fall 3: 23jähriger Mann. Nach Trauma der rechten Seite Hämaturie und Temperatursteigerung. Am 4. Tage Incision von der Reg. lumbalis aus, Das perirenale Bindegewebe war von Blut durchtränkt, die Niere vergröfsert, ein Rifs war nicht auffindbar; Tamponade, Heilung nach einem Monat.

Dreysel-Leipzig.

Suppressio urinae fünf Tage hindurch. Von Fenwick. (Brit. med. Journ. 21. Oktober 1899.)

Ein 56jähriger Mann litt seit vielen Monaten an Schmerzen im Abdomen. Plötzlich wurde er von Retentio urinae befallen. Die Cystoskopie ergab eine normale Blase, der linke Ureter erschien durch Schleim verstopft. Es wurde Nierenkarcinom diagnostiziert. Bei der Operation stellte sich die linke Niere dar in eine steinige Masse eingehüllt, der rechte Ureter war komprimiert. Auch das Mesenterium war, wie die Autopsie zeigte, in eine harte karcinomatöse Masse verwandelt. Federer-Teplitz.

Nachweis von Nierensteinen mit Röntgenstrahlen. Von Wagner. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Nr. 6, 1900.)

Im ersten Falle handelte es sich um 4 Phosphatsteine in der linken Niere. Dieselben waren auf dem Röntgenphotogramm deutlich sichtbar. Im zweiten Falle zeigte sich ein wallnufsgrofser Stein in der linken Niere. Die Patientin starb nach der Incision. Die Sektion bestätigte die Diagnose.

von Hofmann-Wien.

Nachweis und Operation eines Phosphatsteines in der rechten Niere. Von Levy. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Nr. 6, 1900.)

Bei einer 24jährigen Dame bestanden seit 4 Jahren heftige Schmerzanfälle in der rechten Lendengegend. Der objektive Befund war mit Ausnahme heftiger Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend negativ. Die Röntgenuntersuchung stellte das Vorhandensein eines kirschkerngrofsen Steines in der rechten Niere fest, welcher bei der Nephrotomie auch gefunden wurde. Heilung. von Hofmann-Wien.

Phosphatstein in der Niere eines Erwachsenen. Von Levi-Dorn. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Nr. 6, 1900.)

Bei einer 45jährigen Patientin bestand eine Fistel in der linken Nierengegend, aus welcher sich wiederholt Steine entleert hatten. Auf der Röntgenplatte fand man unterhalb der letzten Rippe einen Schatten von 2,5 cm Breite und 3,5 cm Länge. Bei der Operation fand man an der bezeichneten Stelle einen Stein, dessen Aussehen und Konsistenz auf einen Phosphatstein hinwies. von Hofmann-Wien.

Demonstration von Nierensteinen. Von G. Klemperer. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 31.)

Im Verein f. innere Medizin in Berlin zeigt K. Nierensteine, die aus



Harnsäure (Kern) und kohlensaurem Kalk (Schale) bestehen. Die Steine sind unmittelbar nach einer Nierenkolik entleert worden. 2 Jahre zuvor hatte derselbe Pat. einen harnsauren Stein entleert, in der Zwischenzeit reichlich alkalische Wässer gebraucht. Auf diesen Gebrauch von alkalischen Wässern ist K. geneigt, die Ablagerung des kohlensauren Kalkes an den neuerdings entleerten Steinen zurückzuführen. Ludwig Manasse-Berlin.

Einen Fall von mobiler Steinniere demonstriert C. Lauenstein im Ärztl. Verein in Hamburg in der Sitzung am 13. Febr. 1900 unter Vorlegung des Präparates des Röntgenbildes.

Die Niere stammte von einer 26jährigen Patientin, die seit mehreren Jahren an intermittierenden kolikartigen Schmerzen litt, die in der äufserst beweglichen rechten Niere ihren Sitz hatten. In dem Nierentumor konnte man gelegentlich Knirschen wahrnehmen, das von dem gegenseitigen Reiben der Konkremente an einander ausging. Bei der Operation (transperitoneal) wurde die verkleinerte Niere, an der sich Abscesse fanden, exstirpiert. Die Niere war angefüllt mit Steinkonkrementen, die aus kohlensaurem Kalk und Tripelphosphat bestanden. Bei der vorherigen Röntgendurchleuchtung, bei der eine neue weiche kontrastreiche Röhre und der elektrolytische Unterbrecher in Anwendung kam (Dr. Albers-Schönberg), war es gelungen, einen deutlichen Schatten von dem Tumor zu erhalten.

Ludwig Manasse-Berlin.

Albuminurie im Anschlufs an Nierenpalpation. Von Menge, Leipzig. (Münch. med. Wochenschr. 1900 Nr. 23 und Die Therap. d. Gegenw. 1900, Juli.)

Im Anschlufs an eine einschlägige Beobachtung prüfte Verf. die Frage ob nach Nierenpalpation bei tiefstehender Niere Eiweifs und Blut im Urin auftrete, in 21 Fällen nach und bekam 14mal ein positives Resultat. Er kommt zu dem Schlufs, dafs die Eiweifs- und die gelegentlich auch beobachtete Blutausscheidung abhängig ist

1. von der Stärke und der Dauer des Palpationsdruckes,
2. von dem Ernährungszustand des Patienten,
3. von der Spannung der Bauchdecken,
4. von dem Grade der Nierenverlagerung,
5. von der individuellen Empfindlichkeit des palpirten Organs.

M. warnt auf Grund seiner Beobachtungen mit Recht bei der Behandlung der Nephroptose auch vor Massage der Nierengegend, ob mit gleichem Recht vor Bandagen mit besonderen Nierenpelotten, bedarf der Nachprüfung. Ludwig Manasse-Berlin.

Über Nierenoperationen bei Mangel oder Erkrankung der zweiten Niere. Von Mankiewicz. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 35.)

M. stellt fest, dafs durchschnittlich bei 3000—4000 Autopsien einmal eine Solitärniere gefunden wird; ungefähr die Hälfte aller Träger einer solchen erkranken und zwar 25% an Kalkulose. Von 19 Patienten mit beiderseitiger Erkrankung, an denen die Nephrektomie vorgenommen wurde,

war nur eine Kranke nach 4 Monaten noch am Leben, von 13 Nephrotomierten lebten nur 3 länger als 2 Monate, und zwar mit Fisteln; von 32 Operierten kamen 25 ad exitum, weil die Insufficienz der anderen Niere vor der Operation nicht nachgewiesen werden konnte. Verf. stellt folgende Thesen auf:

Die Chirurgie der Nieren mufs möglichst konservativ sein. Ein chirurgischer Eingriff an einer Niere darf nur stattfinden, nachdem der Operateur sich mit allen Mitteln bemüht hat, die Anwesenheit und Funktionstüchtigkeit der anderen Niere festzustellen. Im Zweifelfalle ist die Nephrotomie vorzunehmen, welcher später nach genügender Beobachtung die Nephrektomie folgen kann. Die bisher sicherste Methode, die Funktionstüchtigkeit der Nieren zu prüfen, besteht in der Untersuchung der durch den Ureterenkatheterismus getrennt aufgefangenen Nierensekrete, besonders nach der durch subkutane Injektionen von Phloridzin hervorgerufenen Glykosurie.

Paul Cohn-Berlin.

Néphrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus. Von Chavannaz. (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, T. XXV, S. 487.)

Bei der Kranken Ch.s bestand infolge Kompression des Ureters durch ein Uteruskarcinom seit 8 Tagen Anurie. Ch. machte, als sich bereits urämische Symptome zeigten, die Nephrostomie an der bis zum Nabel herabreichenden rechten Niere. Die urämischen Symptome schwanden. Die Frau lebte nach Anlegung der Nierenfistel noch 5 Monate.

Dreysel-Leipzig.

Über Bau, Entwickelung und Einteilung der Nierengeschwülste. II. Teil. Von Busse. (Virchows Archiv Bd. 157. H. 3. S. 377—415.)

B. beschreibt makro- und mikroskopisch eingehend die folgenden Fälle:

1. Fibromyom der Nierenkapsel; 52j. Frau; 25 Jahre bestehend, dann wegen Schmerzen und Fieber operiert. 18 Pfund schwer, zum Teil durch Vereiterung, Verkalkung, Verfettung degeneriert, zum Teil in Knochengewebe metaplasiert. Eine so grofse Geschwulst der Niere ist bisher erst einmal gesehen worden.

2. Fibromyoma striocellulare der Nierenkapsel; 57j. Frau. Mit 1 Jahr bemerkt, mittels r. Nephrektomie beseitigt; 2 Tg. p. op.

Histogenetisch bemerkt B., dafs die quergestreiften Muskeln in dieser Geschwulst sich nicht aus versprengten Keimen, sondern durch Metaplasie aus den glatten Muskeln der Nieren gebildet haben.

3. Embryonales Adenomyosarkom l.; 5j. Knabe; l. Nephrektomie; Tod nach 2 Monaten unter Ödemen.

4. Embryonales Adenomyosarkom r.; 3j. Mädchen; r. Nephrektomie; Heilung.

5. Embryonales Adenomyosarkom; 4j. Knabe, Dyspepsie, Anämie, Anurie; l. Nephrektomie; Tod im 5. Monat p. op.

6. Embryonales Adenomyosarkom; 6j. Knabe; l. Nephrektomie; Tod nach 1 Monat.

Die letzten 4 Fälle gehören zu der von Birch-Hirschfeld (vergl. diese Zeitschr. Bd. V) zusammengefafsten einheitlichen Gruppe der embryonalen Mischgeschwülste der Niere. An deren Aufbau beteiligen sich epitheliale, bindegewebige und muskuläre Elemente. B. findet nun aber die Zusammenlagerung der jedem dieser 3 Elemente entsprossenen Geschwulstteile so sehr dem Aufbau der Niere selbt entsprechend, dafs er nicht versprengte Keime, sondern ein ganzes Nierenstück als ihre Matrix anzusehen geneigt ist.

7. Fall: 9j. Mädchen; l. Nierengeschwulst; vorübergehend Eiweifs, rote Blutzellen und Nierenbeckenepithelien im Harn; Tod $^5/_4$ Jahr, nachdem die Auftreibung des Leibes zuerst bemerkt worden war. 24 : 14 : 11 cm grofses embryonales Adenosarkom, welches die ganze linke Hälfte und den ganzen oberen Abschnitt der Bauchhöhle ausfüllt. Drüsen-, Schleim-, Binde-, Muskel-, Cystengewebe, pathologisch gewuchert setzt die Geschwulst zusammen.

8. Fall: 2j. Kind; l. embryonales Adenosarkom der unteren Hälfte, gegen die obere Hälfte der Nieren durch eine fibröse Kapsel abgegrenzt.

Die meisten beschriebenen Nierengeschwülste bei Kindern gehören, auch wenn sie nach der überwiegenden Gewebsbeteiligung als Karcinome, Sarkome, Fibrome bezeichnet wurden, doch den Mischgeschwülsten an. Der Befund quergestreifter Muskelfasern kann, weil solche in der Niere fehlten, dennoch nicht als Beweis des extrarenalen Ursprungs dieser Mischgeschwülste gelten; für die Entstehung der quergestreiften Muskeln durch Metaplasie aus glatten Muskeln spricht vielmehr: 1. die grofse Zahl der Übergangsformen, 2. ihre Lage und Anordnung; 3. die Thatsache, dafs auch bereits an andern Orten (in traubigen Sarkomen der Scheidenwand, im schwangeren Uterus) Querstreifung beobachtet wurde, wo sonst nur glatte Muskulatur vorkommt. Man braucht also nicht zu der Hypothese der Entstehung aus versprengten Urnierenteilen (in Wirklichkeit hat man solche normal noch nie in Nieren gefunden) zu greifen, sondern kann annehmen, dafs die embryonalen Adenomyosarkome von der Niere selbst ausgehen, und zwar von allen ihren embryonalen Teilen.

Strumae suprarenales aberratae: Gehen von der Nebenniere aus.

9. Falll: 55j. Mann; intermittierendes Blutharnen; keine Schmerzen, kein Gries, keine Abnahme; in der l. Seite schnell wachsende Geschwulst; l. Nephrektomie; Heilung. Geschwulst der unteren Nierenhälfte, ins Nierenbecken hinein ulceriert, lappig, fest, verschiedenfarbig; Karcinom von Nebennierengewebe.

10. Fall: 54j. Mann; seit 6 Jahren Blutharnen, welches nach einem Sturz auf dem Eise begonnen und dem Pat. Vollrente verschafft hatte; im 6. Jahr körperlicher Verfall, l. Tumor konstatiert; Tod an Entkräftung. 2500 gr schwere Geschwulst, dem oben ein kleines Stück hydronephrotischer Niere aufsitzt. Enthält gewaltige Zellen mit gigantischen Kernen, wie sie auch in Nebennierengeschwülsten sich finden.

11. Fall: 66j. Frau; Blutungen, Leibschmerzen, Harndrang seit einem

Jahr; l. Nephrektomie. Im Zentrum typische Nebennierengeschwulst, an der Peripherie drüsenähnliche Abschnitte. — In den Lungen Metastasen.

12. Fall: Kontinuierliche Hämaturie; Phlebitis; Kachexie. Im Harn Nierenepithelien und Zelltrümmer. L. Nephrektomie, Heilung.

13. Fall: 54j. Mann.

Struma suprarenalis aberrata carcimotasa.

Tumor 12 und 13 enthalten Cysten; bei 12 handelt es sich um stark erweiterte Lymphräume; bei 13 dagegen stellen sie wahre Drüsencysten aus embryonalem Nebennierengewebe dar.

Die Geschwülste dieser 2. Gruppe entstammen nach Verf. zweifellos der Nebenniere; seine eigenen Zweifel sind ihm geschwunden, seit er nicht blofs reife, sondern auch embryonale Nebennieren mit dem Bau dieser Geschwülste in Vergleich gesetzt hat.

Goldberg-Köln-Wildungen.

Über Echinococcus der Niere. Von Stein. (Wiener klinische Wochenschr. Nr. 43, 1900.)

Der 18jährige früher stets gesunde Patient merkte seit einem Jahre eine Resistenz in der Lendengegend, welche seit einer Woche Schmerzen verursachte. Bei der Untersuchung fand man die rechte obere Hälfte des Abdomens deutlich vorgewölbt und daselbst eine pralle elastische Geschwulst nachweisbar. Der Tumor reichte nach abwärts beiläufig bis in die Höhe des Nabels und war etwas beweglich. Heilung durch Nephrektomie, welche sich infolge von Verwachsungen ziemlich schwierig gestaltete. Im Anschlufs an diesen Fall vergleicht St. die verschiedenen Operationsmethoden bei Nierenechinococcus in Bezug auf ihren Wert und kommt zum Schlusse, dafs man meist erst während der Operation wird entscheiden können, ob die Nephrektomie vorzuziehen sei oder ob genügend funktionstüchtiges Nierengewebe vorhanden sei, um die einfache Eröffnung des Sackes und Drainierung desselben ausführen zu können. von Hofmann-Wien.

Über die Geschwülste der grofsen Harnwege. Von Busse. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 32, Vereins-Beilage.)

In der Sitzung des Medizinischen Vereins in Greifswald (Sitzung vom 5. Mai 1900) demonstriert Busse die Präparate zweier Fälle ausgedehnter Geschwulstbildung in den Harnwegen. In dem ersten Falle wurde ein hydronephrotischer Tumor mit ausgedehnter papillärer Wucherung der Innenwand entfernt, bei der Sektion 6 Wochen später fanden sich Zottengeschwülste auch im unteren Teile des Ureters und in der Blase. In dem zweiten Falle war bei der Operation ein faustgrofser hydronephrotischer Tumor, dessen Innenfläche mit massenhaften Wärzchen besetzt war, entfernt, bei der Sektion 5 Monate später fanden sich im Ureter Fibrome von gleicher Beschaffenheit, in der Blase ein grofszelliges Karcinom.

Ludwig Manasse-Berlin.



Report of a case of nephrectomy for ascending tuberculosis with some remarks on cystoscopy and catheterisation of the ureters in women. Von H. N. Vineberg. (New-York. Med. Journ. 1900, 8. Sept.)

V. betont die Wichtigkeit der Cystoskopie und des Katheterismus der Ureteren bei der Diagnose der Nierentuberkulose und der Nierenerkrankungen überhaupt. Therapeutisch ist der Katheterismus von Wert bei Pyonephrose, bei Strikturen und kleinen Steinen des Ureters. Verf. führt zum Schlufs einen Fall an, bei dem das blofse Einführen des Katheters zur Heilung führte.

Dreysel-Leipzig.

3. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Sur les névroses les plus communes de l'enfance. Pathologie et traitement. (L'incontinence nocturne.) Von O. J. Kauffmann. (Journ. Méd. de Bruxelles 1900, 30. Aug.)

Als Ursachen der Incontinentia nocturna sieht Verf. an: 1. Affektionen der Blase und der Harnorgane überhaupt, vor allem Steine. 2. Irritationen des Rektums durch Würmer. 3. Übermäfsige Urinsekretion. 4. Übermäfsige Reizbarkeit der Spinalcentren für die Harnentleerung. 5. Reizende Eigenschaften des Urines. Meist sind mehrere dieser Ursachen zusammen vorhanden. Vielfach stellt sich die Incontinenz nach einer akuten Krankheit oder auch nach Änderung der Lebensweise ein; bei einer kleinen Anzahl Fälle wird sie durch pathogene Bakterien, die die Niere passiert haben, erzeugt. Der Urin übt dann einen abnormen Reiz auf die Blasenschleimhaut aus. K. führt einen derartigen Fall an, der im Verlaufe einer Pneumonie auftrat. Dafs unzweckmäfsige Ernährung Incontinenz verursachen kann, beweist folgender Fall: 7jähriges Mädchen mit Incontinentia nocturna und Harndrang auch am Tage. Der Urin war dunkel, stark riechend, von hohem spez. Gewicht, Menge nicht vermehrt. Das Kind schlief unruhig und war leicht erregbar. Alle diese Symptome bestanden, seitdem das Kind Fleischnahrung erhielt, sie verminderten sich sofort nach Änderung der Lebensweise und kehrten wieder, als 14 Tage später die Kranke Fleisch genossen hatte.

Dreysel-Leipzig.

Störungen der Harnentleerung. Von Porosz (Popper). (Wien. med. Wochenschr. Nr. 37—42, 1900.)

P. bespricht zunächst die Art und Weise, wie die physiologische Harnentleerung vor sich geht, sowie die verschiedenen darüber aufgestellten Theorien und wendet sich dann den pathologischen Erscheinungen zu. Verf. schildert die Abweichungen von den normalen Verhältnissen in Bezug auf die Dauer, den Verlauf etc. Allen diesen Ausführungen sind klinische Krankengeschichten beigegeben. P. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Den Harndrang ruft nur das Öffnen des die Blase schliefsenden Sphinkters (entweder des S. int. oder des S. ext.) hervor;

2. Die Heftigkeit des Harndranges hängt von der Sensibilität der den Sphinkter bedeckenden Schleimhaut ab;

3. Wenn der Tonus des M. detrusor abnimmt, kann das Öffnen des Sphinkter intern. schwer oder gar nicht eintreten. Deshalb zeigt sich der Harndrang selten oder er hört ganz auf;

4. Der Sphinkter vesicae ext. bezw. der Sph. urethrae ist nicht bei jedem Individuum in aktionsfähigem Zustand entwickelt.

von Hofmann-Wien.

Fall von Ectopia vesicae. Von Herczel. (Ungarische Ges. d. Ärzte 1899, 10. Juni.)

H. hat bei einem Falle von Blasenektopie die Blase exstirpiert und die Ureteren in den Dickdarm eingenäht. Der Kranke konnte nach der Operation den Harn 6 Stunden zurückhalten; nur bei Nacht erfolgte bisweilen unfreiwilliger Urinabgang. Dreysel-Leipzig.

Contributo alla cura della estrofia vesicale. Von A. Nota. (Giorn. della R. Acad. di Med. di Torino 1900, Nr. 4.)

Bei 2 Fällen von Ectopia vesicae deckte Verf. den Defekt durch Lappen, und zwar nähte er über einem birnförmigen gefensterten Instrumente, das einen in der Harnröhre liegenden katheterförmigen Stil trug. Er that dies, um die Wundränder vor Inkrustationen zu schützen und um der neugebildeten Blase eine möglichst gute Form zu geben.

Dreysel-Leipzig.

Intraperitoneale Blasenruptur hat nach der Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 35, H. Braun-Göttingen bei einem 16jähr. Jungen beobachtet, der durch Überfahren eine Fraktur des rechten horizontalen Schambeinastes erlitten hatte. 36 Stunden nach der Verletzung Laparotomie und Naht des Risses in der hinteren Blasenwand. 3 Wochen später völlige Heilung. Ludwig Manasse-Berlin.

Cystitis due to the Typhoid Bacillus Introduced by Catheter in a Patient Not having Typhoid Fever. Von Th. R. Brown. (Med. Rec. 1900, S. 405.)

Bei einer Patientin, welche von Kelly wegen eines grofsen Uterusmyoms operiert worden war, trat 8 Tage nach der Operation eine sehr heftige Cystitis mit viel Eiter und Albumen auf, die durch Typhusbacillen hervorgerufen war. Die Besserung erfolgte langsam nach Blasenwaschungen mit Acid. boric. und Natr. bicarbon. und vollständige Heilung erfolgte erst nach etwa 4 Wochen durch 0,3 g Urotropin 3mal tgl. Die Patientin hatte 35 Jahre früher einen Typhus durchgemacht; doch ist es sehr unwahrscheinlich, dafs von dieser Zeit her noch Keime zurückgeblieben sein können. Jedenfalls ist die Ursache dieser Typhuscystitis sehr dunkel.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Restoration of Base of Bladder and Urethra by Plastic surgery. Von B. Mc. E. Emmet. (The Post-Grad. 1900 (S. 451.)

Bei einer 22jährigen Patientin war infolge einer schweren Zangen-

geburt eine hochgradige Blasenfistel mit fast totaler Zerstörung der vorderen Vaginalwand entstanden. Durch eine Reihe plastischer Operationen wurde innerhalb 8 Monate der Defekt gedeckt. Es wurde der neue Blasenboden mit Hilfe der hinteren Vaginalwand gebildet und an den vorderen Rand dieses Lappens der kleine übriggebliebene Urethralstumpf angenäht. Das Resultat ist ein ausgezeichnetes, indem die Pat. mittels eines Glasobturators den Urin 2—3 Stunden zu halten vermag. Obgleich ein grofser Teil der hinteren Vaginalwand zur Deckung des Defekts gedient hat, hat die Vagina ihr gewöhnliches Aussehen behalten.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et la femme. Von Pascal. (Thèse de Paris 1900.)

P. hat 286 diesbezügliche Fälle aus der Litteratur gesammelt und bespricht an der Hand dieses Materiales Ätiologie, Pathologie und Therapie der Blasen-Darmfisteln. Man mufs unterscheiden zwischen tiefen und hohen Fisteln. Die Behandlung ist für beide Arten verschieden, doch soll sie möglichst immer eine radikal chirurgische sein. Bei den tiefen Fisteln empfiehlt sich Naht vom Mastdarm aus nach Durchschneidung des Sphinkters, oder Naht von einer prärektalen Dammwunde aus. Bei den hohen Fisteln mufs zunächst eine ausgiebige Freilegung der hier in Betracht kommenden Organe durch Eröffnung der Bauchhöhle erfolgen, dann Verschlufs der Fistelöffnungen. Resektionen von Teilen des Darmes oder der Blase werden sich dabei bisweilen nicht vermeiden lassen. Dreysel-Leipzig.

A case of foreign body (clinical thermometer) in the bladder; lithrotrity, recovery. Von J. H. Morgan. (Lancet 1900, 11. August.)

Die 32jährige Kranke M.s zeigte Symptome von Blasenentzündung und Blasensteinen. Bei der Lithotripsie fanden sich neben Steinfragmenten Glassplitter und Quecksilberkügelchen; diese rührten von einem Fieberthermometer her. Über die Art, wie das Thermometer in die Blase geraten war, liefs sich nichts eruieren. Dreysel-Leipzig.

Vesical Calculus: Rupture of Bladder: Suprapubic Lithotomy. Von E. F. Neve. (Indian Lancet XV S. 54.)

Bei einem 50jährigen Steinkranken wurde eine Lithotripsie gemacht. Als man die Flüssigkeit herauslassen wollte, kam nur eine kleine Quanität heraus, so dafs der Verdacht einer Blasenruptur entstand. Die Cystotomia suprapubica ergab einen Rifs im Fundus vesicae. Wahrscheinlich war der Rifs schon während der Injektion von Flüssigkeit enstanden, da plötzlich die Resistenz aufhörte. Es wurde der Stein und die Trümmer entfernt und drainiert. Vollständige Heilung.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Bladder incrustataons, multiple phosphatic calculi; median lithotomy, irrigation etc. Von J. C. Stinson. (New-York Med. Journ. 1900, 25. August.)

St. berichtet über einen Fall von Phosphatinkrustierung der Blasenwandung mit Bildung zahlreicher kleiner Steine, welche jeder Behandlung

hartnäckig widerstand. Verf. machte schliefslich die mediane Lithotomie entfernte alle Steine und legte für 6 Wochen einen Drain ein; es trat nunmehr Heilung mit normaler Urinbeschaffenheit ein. Bei der operativen Nachbehandlung war nur eine Lösung von Chinin 0.12 : 30.0 zu einer Lösung von Schwefelsäure 1 : 10000 imstande, den Urin sauer zu erhalten und die weitere Bildung von Phosphatsteinen zu verhindern.

Dreysel-Leipzig.

Blasenstein, Prostataerkrankung und Striktur bei einem Kranken. Von Loumenau. (Ann. policlin. Jan. 1900.)

Ein 64jähr. Mann leidet seit 30 Jahren an Harnbeschwerden. Diese wurden durch Urethrotomia interna entfernt. Der Patient katheterisiert sich monatlich einmal. Vor zwei Jahren abermalige Beschwerden, schmerzhafter Harndrang mit häufigen blutigen Miktionen. Die Untersuchung ergab Prostataanschwellung und Phosphatstein. Durch neuerliche Urethrotomie und Lithotripsie schwanden die Beschwerden bis auf die geringen von der Prostatavergröfserung herrührenden. Federer-Teplitz.

Technique illustrée de la lithotritie. Von F. Guyon und P. Moreau. (Annales des mal. des org. gen.-urin. 1900 Nr. 7.)

Die vorliegende Arbeit bildet gewissermafsen einen mit ausführlichem Text versehenen Atlas zu der im vergangenen Jahre erschienenen Abhandlung G.s über die Technik der Lithotritie. Die von Moreau gefertigten Zeichnungen sind zumeist Transversalschnitte. Dieselben, halb skizzenhaft gehalten, zeichnen sich durch grofse Klarheit aus. 8 Abbildungen erläutern das Erfassen des Steines sowie das Absuchen der Blase nach Fragmenten, 4 weitere zeigen die eigentliche Zertrümmerung und die Technik der Spülung sowie Aspiration. Auch das versehentliche Erfassen der Blasenwand etc. ist dargestellt, so dafs wir in dieser Bilderserie ein ausgezeichnetes kurzes und leicht verständliches Repetitorium der Blasensteinzertrümmerung nach der Methode Guyons besitzen. Koenig-Wiesbaden.

Traitement de la douleur dans la cystite tuberculeuse. (La Presse méd. 1900, S. 107.)

Empfohlen wird gegen Schmerzen bei Cystitis tuberculosa ein Klysma von folgender Zusammensetzung:

Rp. Antipyrini 1,5
Tcturae Opii gtt. XII
Decoct. rad. Altheae 100,0
M.D.S. Nach Entleerung des Mastdarms einspritzen und möglichst lange beibehalten.

Zweckmäfsig sind auch Kataplasmen aufs Hypogastrium oder Perineum von Eibischdekokt oder Hollunder.

Kaufmann-Frankfurt a. M. Homburg v. d. H.

Neun Fälle von Blasentumoren. Von R. Meyer. (Inaug.-Diss. 1900, Kiel.)

Drei der Fälle betreffen Polypen, 5 Karcinome, einer Sarkom. Verf. giebt ausführlich die Krankengeschichten wieder und betont die Wichtigkeit

der Cystoskopie bei Stellung der Diagnose. 8 der Fälle wurden operiert, und zwar wurde einmal die Sectio mediana nach Thomson, in den übrigen Fällen die Sectio alta ausgeführt; bei letzteren 4 mal primäre Blasennaht, die 3 mal mifsglückte. In 4 Fällen trat bald nach der Operation der Tod ein. Heilung erfolgte 3 mal. Ein Fall (Sarkom) erwies sich nach der Sectio alta als inoperabel. Dreysel-Leipzig.

Removal of the bladder as a preliminary or co-incidental with hysterectomy for cancer, in order to extend the possibilities of surgery for malignant diseases of the pelvis. Von F. H. Martin. (American gynecological and obstetrical Journal Mai 1900 und Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 34.)

Martin exstirpiert bei ausgedehntem Uteruskarcinom, das die Blase stark in Mitleidenschaft gezogen hat, auch diese und bringt die Ureteren transperitoneal bis an den Mastdarm, um sie hier einzunähen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Le cathéterisme cystoscopique des uretères considéré comme moyen de diagnostic. Von De Sard. (Thèse de Paris 1900.)

Verf. beschreibt das Albarransche Cystoskop und bespricht die Wichtigkeit des Ureterenkatheterismus bei den verschiedenen Nierenerkrankungen. Es gelingt auf diesem Wege vielfach, nicht nur eine exakte Diagnose für die erkrankte Niere zu stellen, sondern der Katheterismus giebt auch wertvolle Aufschlüsse über die Beschaffenheit der anderen Niere.

Dreysel-Leipzig.

4. Erkrankungen der Prostata.

Hémorrhagies et saignements de la prostate. Von Guyon. (Ann. des mal. des org. génito-urin. 1900, Nr. 5.)

Die Intensität der Prostatablutungen ist eine sehr verschiedene; prädisponierend wirkt vor allem das hohe Alter. Die Blutungen treten bei einfacher Hypertrophie und bei Neubildungen auf, spontan, aber seltener, nur bei letzteren. Bei Hypertrophie kommen sie spontan nie zu stande, immer nur infolge des Katheterismus. Prostatablutungen sind initial und terminal. Die Therapie hat sich gegen die Blutung selbst und gegen die Zufälle, die ätiologisch hier eine Rolle spielen, zu richten. Bei letzteren spielt die Retention von Blut und Urin eine Hauptrolle. Diese mufs also entschieden bekämpft, jede Ansammlung ven Blutgerinseln in der Blase durch Spülungen, eventuell Aspiration, sofort beseitigt werden. Dauerkatheter begünstigen eine Retention; derartige Kranke müssen also sorgfältig überwacht werden. Erfolgt eine Blutung bei Kranken ohne Verweilkatheter, so mufs nach genauer Reinigung der Blase für einige Zeit ein Dauerkatheter eingelegt werden. Dreysel-Leipzig.

Über den Einflufs der doppelseitigen Resektion der Vas deferens auf die Prostata. Von A. G. Paukratjew. (Annalen d. russ. Chir. 1900, Nr. 2 und 3.)

Aus den Versuchen, die P. an Hunden vornahm, ergab sich, dafs

nach Resektion beider Vasa deferentia und des Plexus deferentialis eine makroskopisch und mikroskopisch nachweisbare Atrophie der Prostata eintrat. Verf. hat 270 Fälle, darunter 4 eigene, zusammengestellt, bei denen wegen Prostatahypertrophie beide Vasa deferentia reseciert worden waren; von diesen wurden 30 % geheilt, 33 % gebessert, 25,5 % blieben ungebessert, 11,5 % starben. Die verschiedenen, zur Heilung der Prostatahypertrophie angegebenen Methoden können nicht in jedem Falle einen günstigen Einfluſs haben; sie haben alle ihre besonderen Indikationen, doch müssen letztere erst durch weitere Beobachtungen noch genauer festgestellt werden.

Dreysel-Leipzig.

Influence de la résection des veines spermatiques sur la dysurie des prostatiques. Von Desnos. (Ann. des org. gén. urin. 1900, Nr. 1.)

D. empfiehlt bei Prostatahypertrophie die Resektion der Venen des Samenstranges einschlieſslich eines Teiles der Skrotalhaut. Er hat 7 Fälle mit sehr gutem Erfolge nach dieser Methode operiert. Dreysel-Leipzig.

Zur Statistik und Technik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie mit Demonstration eines gemeinsam mit Dr. Bierhoff konstruierten cystoskopischen Probeincisors. Von Freudenberg. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 6.)

Über die in der Überschrift erwähnte Bottini-Operation wird auf die im Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane erschienene Originalarbeit der Verf. verwiesen.

Beitrag zur Bottinischen Operation. Von Kümmel-Hamburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 33, Vereinsbeil.)

In der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg konnte Kümmel das Präparat eines Patienten demonstrieren, bei dem ein Vierteljahr zuvor die „Bottinische Operation" ausgeführt worden war. Man konnte deutlich die Incisionsfurche in dem mittleren Prostatalappen wahrnehmen. An der hinteren Wand fand sich ein Divertikel mit Steinen angefüllt. Nach der Operation konnte Pat. wieder spontan Urin entleeren. Einige Monate später muſste wegen neuer Blasenbeschwerden, die durch die Steinansammlung in dem Divertikel hervorgerufen waren, sectio alta gemacht werden, der Patient erlag einige Wochen später einer Pyelonephritis, die schon vor der ersten Operation bestanden hatte. K. erläutert im Anschluſs daran seinen schon früher wiederholt skizzierten Standpunkt zur Bottinischen Operation.

Ludwig Manasse-Berlin.

Die Prostatektomie. Von Pousson. (Brit. med. Journ. September 1899.)

Verf. hat 14 Fälle operiert, von denen 3 starben; von den überlebenden erhielten nur 3 die Kraft ihrer Blase vollständig. Es waren junge Individuen, deren Leiden noch nicht lange bestanden hatte. Bei den übrigen wurde eine Besserung erzielt. Federer-Teplitz.

Prostatectomie perinéale pour hypertrophie de la prostate. Von J. Verhoogen. (Annal. de la soc. belge de chirurgie 1900 S. 233.)

Bei einem Patienten, der seit 10 Jahren an einer schweren Dysurie

leidet, wurde die Prostata (75 g schwer) mittels Sectio perinealis entfernt. Abgesehen von einer kleinen Urinfistel ist das Resultat ein glänzendes. V. empfiehlt zur Prostatektomie den Perinealschnitt, da man auf diesem Wege die Prostata vollständiger als mittelst S. alta entfernen kann.

Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

5. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

A case of supernumerary testis. Von G. R. Turner. (Lancet 1900, 21. Juli.)

Der von T. angeführte Fall, ein 8½jähriges Kind, zeigte an der rechten Seite des Skrotums ein irriponible Schwellung, die einer Hernie glich. Bei der Operation fand sich eine Cyste, die keinen Darm enthielt und mit der Peritonealhöhle nicht im Zusammenhange stand; darunter lagen 2 Testikel. Der obere hatte eine normale Tunica vaginalis und einen besonderen Samenstrang; der untere, gröfsere, an normaler Stelle befindliche, bildete mit dem Sacke der Tunica vaginalis eine Hydrocele; der linke Hoden war anscheinend normal.

Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung der Varicocele. Von Annequin. (Brit. med. Journ. 21. Oktober 1899.)

Verf. entschliefst sich zur Operation erst, wenn ein gut sitzendes Suspensorium nicht die Beschwerden hebt und die Vasicocele gröfser wird. Verf. reseziert beiderseits das Skrotum (? Ref.!), wobei die Blutung durch besondere Klemme kontrolliert werden kann. Sollte sich ein Rezidiv ergeben, dann müssten die Venae spermaticae reseziert werden.

Federer-Teplitz.

Un cas de trombophlébite du cordon. Von Dr. Longuet. (Presse méd. 20. Sept. 1899.)

In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um eine entzündete linksseitige Varicocele. L. führte die Phlebektomie aus und erzielte völlige Heilung in 10 Tagen. Zur Exstirpation der Venen machte Verf. einen Schnitt ähnlich demjenigen zur Herniotomie; er spaltete den Leistenkanal und verfolgte die Gefäfse bis ins völlig gesunde nach oben hin. Am unteren Ende wurden sie dicht über der Epididymis abgebunden und sorgfältig mit anatomischen Pincetten von der Umgebung gelöst, um ein Zerreifsen zu vermeiden. Ohne Drainage wurde die Wunde genäht und heilte per primam. L. verwirft jede andere Behandlung der Varicocele aufser der chirurgischen und giebt hier der totalen Exstirpation den Vorzug vor der Phlebotomie. Die Kastration, welche auch empfohlen wurde, soll nach Meinung des Verf. nur dann ausgeführt werden, wenn der Hode völlig atrophiert ist oder aber seine zuführenden Gefäfse völlig von der Varicocele umschlossen und komprimiert sind.

Koenig-Wiesbaden.

Die Behandlung der Epididymitis. Von Robert C. Kenner-Louisville. (New-York. med. Journ. Nov. 1899.)

Verf. verwendet im ersten Stadium der üblichen Kältebehandlung die Applikation von Tabakblättern an, welche in heifsem Wasser geweicht direkt auf das Skrotum gelegt werden. Hat dieses Mittel keinen guten Erfolg, so wendet er Leinsamenumschläge an, zu welchen Opium hinzugesetzt wird. Im zweiten Stadium wendet K. zur Resorption Jodvasogen an.

Federer-Teplitz.

Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlungsmethoden der Tuberkulose des Genitalapparates bei Männern. Fall von Excision der Vesicula seminalis und des Vas deferens. Von Woskresenski. (Chirurgia Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, S. 5.)

Verf. hat bei einem Falle von Tuberkulose des Sexualapparates aufser den Hoden auch Samenstrang und Vas deferens mit entfernt. Er ist der Ansicht, dafs bei Tuberkulose der Hoden der Prozefs vielfach auf Samenblasen und Vas deferens übergreift, dafs man also in allen Fällen, bei denen eine Erkrankung der Samenblasen überhaupt nachweisbar ist, die totale Kastration vornehmen müsse. Die Samenblasen werden am besten vom Perineum aus nach der Methode von Roux entfernt.

Dreysel-Leipzig.

Sarkoma des Nebenhodens. Von Russel und Wood. (Brit. med. Journ. Oktober 1899.)

Ein 15jähr. Knabe wurde beim Ballspiel auf den linken Hoden getroffen. Er schwoll an und die Anschwellung stellte sich dar als den Nebenhoden betreffend, übergehend auf den Samenstrang. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Rundzellensarkom.

Federer-Teplitz.

6. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Two cases of abnormal sexual development. Von G. Sears. (Boston Med. and Surg. Journ. 1900, 6. Sept.)

S. berichtet über zwei Fälle von abnormer Geschlechtsentwickelung. Der erste betrifft einen 5 Fufs, 2 Zoll grofsen Mann mit gut entwickelter Muskulatur, sehr üppigem Kopfhaar, fehlendem Barte. Die Stimme war die einer Frau, die Hüften waren breit, Penis und Hoden klein, Brüste hängend mit gut entwickelten Warzen. Bei dem zweiten Falle handelt es sich um eine 26jährige nicht menstruierte, geistig träge Frau, die 5 Fufs 8 Zoll grofs war und bei der Scham- und Achselhaare fehlten. Die Vagina war kaum für einen Finger durchgängig, Cervix rudimentär, Ovarien nicht fühlbar, Brüste unentwickelt. Das Skelett war dem ganzen Baue nach ein männliches.

Dreysel-Leipzig.

La flore microbienne du Smegma. Von Prof. E. Legrain. (Annales des. mal. des org. genito-urin. 1900 Nr. 7.)

Aufser dem sog. Smegma-Bacillus, welcher genugsam beschrieben ist, hat Verf. eine grofse Reihe von Bakterien, im ganzen 25 Arten, im Praeputialsekret nachgewiesen. Die wesentlichsten sind der Staphylococcus albus,

St. aureus, citreus, Bacterium coli, Bac. subtilis, Bacill. fluorescens, prodigiosus, proteus vulgaris sowie mehrere Hefepilze u. a.

Smegma in Bouillon suspendiert und Tieren eingespritzt wirkt tödlich. Die Praeputialschleimhaut muſs demnach mit Schutzorganen gegen eine Infektion versehen sein. Bakterizide Eigenschaften besitzt das lebende unversehrte Epithel. Koenig-Wiesbaden.

Two cases of hypertrophy of the penis. Von Horwitz. (Annales of Suygery 1899, Part 2.)

Der erste der von H. angeführten Fälle betrifft einen 38jährigen Akrobaten, der während der Vorstellung den Penis zwischen die Hoden hineindrückte, um ihn dadurch möglichst unsichtbar zu machen. Diese täglich wiederholte Manipulation hatte allmählich zu einer enormen Hypertrophie des Penis geführt.

Bei dem zweiten Falle handelt es sich um eine Elephantiasis des Gliedes. Die Penishaut bei dem 45jährigen Kranken war stark gewuchert und fibrös entartet. H. excidierte sie durch einen Längsschnitt am Rücken des Penis. Der Erfolg war ein günstiger; der Kranke erlangte wieder die Fähigkeit, den Coitus auszuüben. Dreysel-Leipzig.

Electrolysis as a Means of Curing Chronic Glandular Urethritis. Von G. Walker. (Maryland Med. Journ. 1900, S. 127.)

W. hat durch elektrolytische Behandlung der Drüsen, die er durch Kollmann kennen gelernt, eine Reihe alter, jeder anderen Therapie spottender Gonorrhoen vollständig geheilt.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Des fistules uréthro-rectales. Von Tédenat. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1900, Nr. 5.)

Der Fall betrifft einen 21jährigen Mann mit akutem Tripper und folgendem Prostataabsceſs, der in Harnröhre und Mastdarm durchbrach. Bildung einer Urethro-Rectalfistel. Ein Jahr später Operation: Lösung von Harnröhre und Mastdarm, Verschluſs der beiden Fistelöffnungen. Heilung. Zehn Jahre später stellte sich ein periurethraler Absceſs mit sekundärer Darmfistel ein. Heilung durch Urethroplastik. Dreysel-Leipzig.

Calculs urétraux et péri urétraux; uréthrotomie externe; guérison. Von Guinard. (Soc. de chir. 3. Okt. 1900, La Presse méd. S. 115.)

Im ersten Falle handelte es sich um einen Stein bei einem 20jährigen Patienten, der sich als kleiner Tumor der Unterfläche des Penis präsentierte, umgeben von einer ziemlich breiten Ulceration, deren Rand eine Verwachsung der Urethralschleimhaut mit der Haut des Penis darstellte. Die Miktion fand ohne Schwierigkeit statt. Mittels Urethrotomia ext. wurde der 13,25 g schwere Stein entfernt, die Urethralschleimhaut, von welcher der Stein eingefaſst war, reseciert und genäht. Heilung mit kleiner Urinfistel. Im zweiten Falle wurde bei einem 40jährigen Patienten, der mehrfach Gonorrhoe hatte, ein 48 mm langer, 16,3 g schwerer intrauretraler Stein durch Urethrotomia ext. entfernt. Glatte Heilung. Beide Fälle wurden von Pluyette in Marseille beobachtet und operiert.

Potherat berichtet im Anschlusse an diese beiden Fälle über einen Fall, den er vor einigen Monaten bei einem 47jährigen Gonorrhoiker beobachtete, wo der Stein im Bulbus urethrae safs. Der Kern des Steines, welcher durch Urethrotomia ext. entfernt wurde, bestand aus einem Urate von Bohnengröfse, um welchen Phosphatschichten sich gelagert hatten. Mit Guinard ist er der Meinung, dafs diese Steine aus den oberen Harnwegen stammen und sich in der Urethra festgesetzt haben. In diesem Falle verschwand die hartnäckige Phosphaturie nach Entfernung des Steines.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Demonstration von urologischen Instrumenten. Von Kollmann, Leipzig. (Selbstbericht.) Vortrag mit Demonstrationen, gehalten am 18. September 1900, Nachmittagssitzung der Abteilung für Dermatologie u. s. w. in der Naturforscherversammlung zu Aachen.

Kollmann besprach zunächst eingehend die verschiedenen guten Eigenschaften des Valentineschen Urethroskopes, in welchem das Platinlicht des Nitze-Oberländerschen Instrumentes durch eine kleine Glühlampe ersetzt und die Wasserkühlung weggelassen ist. K. besitzt, Dank der Liebenswürdigkeit des Erfinders, von dem Instrument ein Originalexemplar und hat dasselbe praktisch geprüft. Die Vorzüge desselben liegen hauptsächlich in dem Umstand, dafs die durch die kleine Glühlampe entwickelte Wärme ganz beträchtlich geringer ist, als die des Platindrahtes, sowie darin, dafs man für derartige kleine Glühlampen einer weit billigeren Stromerzeugungsquelle bedarf. K.s Überzeugung nach gehört diesem Prinzip die nächste Zukunft an; er glaubt sich zu der Parteinahme für dasselbe um so mehr berechtigt, als er selbst längere persönliche Erfahrungen in der Angelegenheit besitzt. Er hat sich in Gemeinschaft mit Herrn C. G. Heynemann in Leipzig schon seit dem Wintersemester 1891/92 mit einer derartigen Konstruktion befafst; diese konnte jedoch nicht ausgeführt werden, weil es ihm nicht glückte, Edisonlampen zu erhalten, die genügend klein waren. K. zeigte die aus früheren Jahren stammenden zu diesem Behufe nach und nach angefertigten Lampenformen in grofser Anzahl. Erst vor kurzer Zeit gelang es Herrn Heynemann, Lampen von der zu diesem Zwecke nötigen geringen Gröfse sich zu verschaffen; diese wurden zunächst benutzt, um in das bekannte alte Oberländersche Urethroskop an Stelle des kleinen Platindrahtes eingesetzt zu werden. K. legte der Versammlung ein derartiges von ihm praktisch geprüftes Urethroskop vor; die Beleuchtung ist bei diesem genau die gleiche gute, wie bei dem Valentineschen Instrument. Die erzeugte Wärme wird, (wenn man bei Auswahl der Lampen die in Betracht kommenden physikalischen Verhältnisse berücksichtigt), immer so gering sein, dafs die Wasserkühlung für gewöhnliche Untersuchungen überflüssig wird. Selbstverständlich soll daher auch künftig an den Urethroskopen, die nach Valentines Vorgang statt des Platindrahtes solche Glühlampen erhalten, die Wasserkühlung überhaupt nicht mehr angebracht werden.

Wie K. jüngstens erfuhr, hat sich übrigens auch Herr Kollege Oberländer schon lange Zeit mit dem Plane einer gleichen Konstruktion ge-

tragen. Herr Kollege Oberländer gab das Projekt dann aber wieder auf, weil er die gleiche Erfahrung machen mufste, wie zunächst K.; er konnte die für diesen Zweck nötigen kleinen Lampen nicht erlangen.

Weiterhin demonstrierte Kollmann einen vierteiligen geraden Dehner, der dazu bestimmt ist, ohne Gummiüberzug verwendet zu werden. Die Form der Branchen ist die gleiche, wie die der Spüldehner, so dafs also Schleimhauteinklemmungen beim Zudrehen nicht zu befürchten sind. Der Handgriff mit dem Zifferblatt läfst sich abschrauben, und dann der vordere Teil, nachdem er mit einer daran befestigten Mutter aufgespreizt ist, kochen.

Darauf zeigte K. Spülcystoskope nach Güterbockschem Prinzip, aber mit Hahn- oder Schieberverschlufs der Aufsenhülse. Die Vorzüge von Spülcystoskopen nach Güterbockschem Prinzip zeigen sich am meisten in den Fällen, wo es sich um besonders schwierig auszuführende Cystoskopien handelt, — z. B. Fälle von Konkrementen oder Tumoren, die mit Blasenkatarrh und damit verbundenem Tenesmus kombiniert sind. Der Vortragende verfügt über eine Anzahl von Krankengeschichten, in denen erst durch Anwendung solcher Instrumente die cystoskopische Diagnose ermöglicht wurde; bei Benutzung von anderen Cystoskopen waren vorher Wochen an Beobachtungszeit verloren gegangen, weil zumeist in dem Augenblick, wo die Besichtigung hätte beginnen können, der Kranke den sämtlichen Blaseninhalt mit unbezwinglichem Drang wieder herausbeförderte.

Fernerhin zeigte K. ein unter Zugrundelegung der genannten Spülcystoskope gebautes neues Uretercystoskop mit übereinander liegenden Gängen in zwei verschiedenen Ausführungen, sowie das von ihm in Gemeinschaft mit Herrn Wossidlo hergestellte Uretercystoskop mit nebeneinander liegenden Gängen.

Das Wesentliche an allen diesen cystoskopischen Instrumenten ist die Auskochbarkeit der am meisten in Betracht kommenden Teile, die Gewährleistung reichlicher, bequemer und schneller Blasenspülung, sowie die Möglichkeit, Prisma und Lampe jederzeit, während das Instrument liegt, von Verunreinigungen säubern zu können.

Endlich legte K. noch verschiedene Formen der von ihm in Gemeinschaft mit Herrn Wossidlo angegebenen Desinfektionshülsen für Cystoskope vor, sowie aufsen und innen abwaschbare cystoskopische Etuis aus Holz oder Metall.

Sämtliche Instrumente und Hilfsapparate wurden angefertigt in der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig; eine genaue Beschreibung der zuletzt genannten, die Cystoskopie betreffenden, findet sich bereits in diesem Centralblatt 1900, Heft 8, 8 und 9.

Ein neues Urethroskop. Demonstration von A. Kollmann in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 6. November 1900. (Selbstbericht.)

Kollmann demonstrierte ein nach einem neuen Prinzip gebautes Urethroskop. Die Neuheit besteht darin, dafs das Platinlicht des alten Nitze-Oberländerschen Instrumentes ersetzt ist durch eine kleine Glüh-

lampe. Wenn diese Modifikation auf den ersten Blick auch unbedeutend erscheint, so wird sie doch wahrscheinlich auf die weitere Verbreitung der Urethroskopie einen grofsen Einflufs ausüben und zwar aus folgenden Gründen:

Die durch die kleine Glühlampe erzeugte Wärme ist viel geringer als die durch den Platindraht des alten Nitze-Oberländerschen Urethroskopes bedingte; infolgedessen wird für Untersuchungen gewöhnlicher kurzer Zeitdauer die Wasserkühlung des alten Instrumentes entbehrlich. Aufserdem genügt aber für die kleine Glühlampe eine kleinere Stromquelle; wir können z. B. schon mit einer beschränkten Anzahl von Trockenelementen geringer Gröfse für ihren Betrieb ausreichen. Bei dem alten Instrument bedürfen wir für die Beleuchtung bekanntlich desselben Stromes, wie für einen galvanokaustischen Brenner. Beide Momente bewirken aber, dafs das Instrumentarium nicht nur einfacher konstruiert und daher leichter gehandhabt werden kann, sondern dafs sich dieses auch billiger herstellen läfst.

Das neue Instrument hat schon eine lange Vorgeschichte. Wie Kollmann schon auf der Naturforscherversammlung in Aachen bemerkte (Sitzung der dermatologischen Sektion vom 18. September nachmittags, Referat in diesem Centralblatt 1900, Nummer 12 pag. 659), hat er sich zusammen mit Herrn C. G. Heynemann in Leipzig bereits seit dem Wintersemester 1891/92 mit der Konstruktion desselben beschäftigt; dasselbe wurde jedoch nicht fertig, da die Glühlampen, welche sie von den betreffenden Fabrikanten hierzu geliefert erhielten, nicht genügend klein waren. K. legte solche aus früheren Jahren stammende Lampenformen, die für das Instrument nach und nach hergestellt worden waren, der Gesellschaft in grofser Anzahl vor. Erst im Laufe des vergangenen Sommers gelang es Herrn Heynemann, Lampen von der zu diesem Zwecke nötigen geringen Gröfse sich zu verschaffen.

Inzwischen hatte ganz unabhängig von diesen Versuchen und vollkommen selbständig der bekannte New-Yorker Urologe Ferd. Valentine die gleichen Bestrebungen verfolgt, und zwar mit weit besserem Resultat; sein erstes gebrauchsfertiges nach diesem Prinzip gebautes Instrument konnte er bereits im März 1899 demonstrieren. Dasselbe hat seitdem mehrfache Modifikationen durchgemacht. Die neueste Valentinesche Form führte K. der Versammlung im Original vor; er verdankt dasselbe der Liebenswürdigkeit des Erfinders. Das Valentinesche Instrumentarium ist sehr praktisch in einem leicht transportablen Kasten untergebracht, der zum Betrieb des Urethroskops mehrere kleine Trockenelemente enthält. Mit diesem Valentineschen Instrument kann man sehr tüchtiges leisten. Leider ist die technische Ausführung desselben bisher aber keine ganz vollkommene; sie zeigt im Gegenteil vielfache Lücken, woran selbstverständlich nicht der Autor die Schuld trägt. Um das wirklich gute Prinzip bald in der Form eines einheitlichen internationalen Modells allgemeiner verwertbar zu machen, hat sich neuerdings der Vortragende in Gemeinschaft von Wossidlo in

Berlin mit Valentine in direkte Verbindung gesetzt und sich mit ihm darüber geeinigt, dafs der weitere Ausbau des Instrumentariums von Herrn C. G. Heynemann in Leipzig vorgenommen wird. Die ersten fertigen Instrumente dieser Art legte K. der Versammlung vor; sie unterscheiden sich von dem ursprünglichen Valentineschen in der Hauptsache in folgenden Punkten:*)

Der Handgriff des Instrumentes ist in der gleichen Art gebaut, wie jener der neueren Modelle vom Nitze-Oberländerschen Urethroskop; an dem Handgriff befindet sich ein Stromunterbrecher.

K. verlangte von dem Instrument ferner unbedingt, dafs es nötigenfalls ausgekocht werden könnte; zu diesem Behufe mufste von der Einrichtung des Valentineschen Originales ganz abgewichen werden. Der Lichtträger des neuen Heynemannschen Modells stellt ein Rohr dar, das hinten und vorn offen ist. Die kleine Glühlampe ist an dem einen Pol mit einem langen isolierten Kupferdraht versehen, welcher durch das Rohrinnere hindurchgesteckt und dann auf der anderen Seite an dem nicht isolierten Ende durch eine Schraube festgeklemmt wird; die andere Leitung besorgt das Instrument selbst.

Das Urethroskop ist wie das Valentinesche untergebracht in einem kleinen leicht transportablen Holzkasten, in dem sich mehrere Trockenelemente befinden; bei dem Valentineschen Original liegen diese horizontal, bei der Heynemannschen Ausführung stehen sie aufrecht. Die Elemente sind stets sämtlich in den Stromkreis eingeschaltet; ein Hebelrheostat ermöglicht die Regulierung der nötigen Stromstärke. Die Tuben befinden sich ebenfalls in dem Kasten.

K. hat mit dem Valentineschen Instrument ebenso wie mit den verschiedenen von Heynemann hergestellten Modellen seit dem Sommer dieses Jahres viel gearbeitet und ist mit denselben sehr zufrieden. Wenn für das Urethroskop die richtigen Lampen ausgewählt werden, ist dasselbe für Untersuchungen, die die gewöhnliche Zeitdauer einer von einem Geübten ausgeführten Untersuchung nicht wesentlich überschreiten, durchaus empfehlenswert. Der Anfänger sollte jedoch bei der Handhabung desselben eine gewisse Vorsicht walten lassen, da längere Besichtigungen ein und derselben Stelle bei nicht ganz sorgfältiger Lampenauswahl leicht zu viel Wärme erzeugen können. Inwieweit sich dieser Mangel künftig beseitigen lassen wird, muss die weitere Erfahrung lehren; vorläufig bewahrt in diesem Punkte das alte Nitze-Oberländersche Urethroskop noch seine durch $1^1/_2$ Jahrzehnt anderen Instrumenten gegenüber hinlänglich erprobte Superiorität.

*) Die ausführliche Beschreibung des neuen Heynemannschen Modells erfolgt durch Wossidlo und Kollmann gemeinsam in der nächsten Nummer dieses Centralblattes.



7. Gonorrhoe.

Diplococcus and Gonococcus. Von Cabot. (Harvard Med. Soc. of New York City 1900, 24. März.)

Der Fall C.s betrifft einen 48jährigen Mann mit vorwiegend eitrigem Urethralsekret, geringem Harndrang und Schmerzen am Perineum. Der Kranke hatte nie Gonorrhoe gehabt, der letzte Coitus hatte vor 3 Wochen stattgefunden. Im Sekrete fanden sich intracellulär gelagerte Diplokokken, die Gonokokken aufserordentlich ähnelten; sie entfärbten sich nach Gram, wuchsen aber auf Fleisch-Serumagar nicht. Der Kranke leidet des öfteren an Riesenurticaria und angioneurotischem Ödem; vor kurzem hat er einen Gichtanfall durchgemacht. C. ist der Ansicht, dafs Harnröhren- und Prostatasymptome auf die gichtische Diathese und die leichte Erregbarkeit des Nervensystemes des Kranken zurückzuführen seien. Fuller bemerkt in der Diskussion, dafs seiner Ansicht nach in der Prostata ein alter Eiterherd vorhanden gewesen sei, und dafs von diesem die Erkrankung sich auf die Harnröhre ausgebreitet habe. Fuller sowohl als auch C. betonen noch, wie schwer es unter Umständen sein kann, intracellulär gelagerte Diplokokken von Gonokokken zu unterscheiden, dafs für derartige Fälle das Mikroskop nicht ausreiche, sondern das Kulturverfahren zur Hilfe genommen werden müsse.

Dreysel-Leipzig.

Culture du gonocoque sur le sang gélose. Von F. Bezançon und Griffon. (La sémaine méd. Juni 1900, S. 228.)

Ein ausgezeichneter Nährboden für Gonokokken besteht aus einer Mischung von Kaninchenblut mit Agar, auf welchem man nach 24 Stunden bei 37° schöne Kolonien erhält und diese 6 Monate lang lebensfähig erhalten kann.

Kaufmann-Frankfurt a. M. (Homburg v. d. H.)

Die Gonokokkenfärbung mit Neutralrot. Von Herz. (Prag. med. Wochenschr. 1900, Nr. 10.)

Verfasser brachte auf den Objektträger $^1/_2$% wässerige Lösung von Neutralrot und darauf das mit dem Sekret bestrichene Deckgläschen. Die Gonokokken traten sofort als dunkle, fast schwarze, stets intercelluläre Gebilde, besonders im Centrum der Leukocyten, deutlich hervor. Nach einigen Stunden wurde das Bild undeutlich.

Spärliche Gonokokken, zumal extracellular gelegen, sind mit Neutralrot im frischen Präparat kaum nachweisbar.

Federer-Teplitz.

Zur Gonokokkenfärbung. Von Homberger. (Centralbl. f. Bakteriologie 1900, Nr. 14 und 15.)

Verf. benutzt Kresylechtviolett, eine fluorescierende, dichromatische Farbe, dargestellt von Leonhard in Mühlheim.

Man benutzt eine Lösung 1:10000. Die Gonokokken werden rotviolett, die Kerne schwachblau. Andere Bakterien werden durch diese Lösung gar nicht oder nur schwach gefärbt. Zur Färbung im Schnitt nimmt man 1%ige Kresylechtviolett-Lösung einige Minuten, dann Alkohol, dann Anilinölxylol 2:1.

Federer-Teplitz.

Reinzüchtung von Gonokokken aus Fällen von Arthritis, subkutanem Absceſs, akuter und chronischer Cystitis, Pyonephrosis und Peritonitis. Von Young. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases Bd. 18, 1900.)

Verf. bediente sich zu den Reinzüchtungen eines Nährbodens, der aus einem Gemisch von Hydrocele- oder Ascitesflüssigkeit und gewöhnlichem Agar bestand.

An der Hand der Litteratur, wie zahlreicher eigener Beobachtungen prüft der Verfasser, inwieweit die oben erwähnten Krankheiten durch den Gonococcus direkt entstanden sind. Während bisher bei der angeblichen blennorrhoischen Pyelitis, Pyelonephritis der strikte Beweis nicht erbracht worden war, daſs der Gonococcus die einzige bakterielle Ursache für die aufsteigende Infektion abgegeben hat, war Young in der Lage, den Nachweis zu führen, daſs der Gonococcus die einzige Ursache nicht nur einer intensiven chronischen Cystitis, sondern auch einer ausgedehnten doppelseitigen Pyonephrosis sein kann. Federer-Teplitz.

Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Gonorrhoe. Von S. Blanck. (Die med. Woche 1900, 7. Mai.)

Bei der Prophylaxe der Gonorrhoe sind die Methoden von Blokusewski (Einträufeln einiger Tropfen einer 2 % Arg. nitr.-Lösung bald nach Coitus) und von Frank (Einträufeln von 20 % Protargolglycerin) am zuverlässigsten und empfehlenswertesten. Die abortive Behandlung der Gonorrhoe hat nur in den allerersten Stadien Aussicht auf Erfolg; die besten Resultate werden hierbei mit dem Janetschen Verfahren, das zugleich auch das schonendste ist, erzielt. Verf. hat dieses etwas modifiziert und macht Kali perm-Ausspülungen der Anterior mittels einer 150 g fassenden Spritze.

Dreysel-Leipzig.

Heiratskonsens. Von Zeisler-Chicago. (American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases 1900, No. 8.)

V. behandelt den Wert therapeutischer Beeinflussung der Syphilis und des Trippers in Bezug auf den Ehekonsens. V. erlaubt das Eingehen der Ehe, wenn nach der Infektion zwei Jahre, noch besser drei guter Behandlung verflossen und im letzten Jahre keine Zeichen von Syphilis aufgetreten sind. Bei der Blennorrhoe verlangt er dauerndes Schwinden der Gonokokken aus den Fäden. In Michigan und Wisconsin existieren darauf bezügliche Gesetze. Federer-Teplitz.

Gonorrhoe und Ehekonsens bespricht nach der Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1900, H. Scholtz in d. Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur (Sitz. am 4. Mai 1900) und schlieſst sich in seinen Thesen den bekannten Anschauungen Neiſsers an.

Die Beseitigung der Flocken und Fäden im Urin gelingt selbst bei sorgfältig und genügend lange behandelten Fällen nicht immer. Ergiebt die hinreichend oft wiederholte Untersuchung der Sekrete und Filamente die Abwesenheit von Gonokokken, so kann der Ehekonsens ruhig erteilt werden. In der Überzahl aller Fälle wird man mit der einfachen Färbung unter Hin-

zufügung des Gramschen Verfahrens auskommen und nur ausnahmsweise auch das Kulturverfahren heranzuziehen brauchen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Gonorrhea in the female. Von W. Gardner. (Montreal Med. Journ. 1900, Apr.)

Urethra, Vaginalgewölbe und Cervicalkanal sind die am öftesten befallenen Teile bei der Gonorrhoe des Weibes. Von Komplikationen sind Entzündungen von Ovarien und Tuben am häufigsten, Cystitis und Pyelitis kommen nur selten vor. Im akuten Stadium sind Bettruhe, blande Diät, salinische Abführmittel, Waschungen der Genitalien am Platze. Bei chronischen Fällen Vaginalspülungen mit Kali perm., Sublimat, darnach Auswischen mit Arg. nitr. und Einlegen eines 5% Ichthyol-Glycerintampons. Bei Bartholinitis Injektionen in die Drüse mittelst feiner Kanüle. Am Cavum uteri ist jede lokale Behandlung kontraindiziert. Die erkrankten Tuben und Ovarien werden am besten, wenigstens in den ersten Stadien, symptomatisch bei Bettruhe behandelt. Operative Eingriffe haben um so mehr Aussicht auf Erfolg, je weiter das akute Stadium zurückliegt.

Dreysel-Leipzig.

Treatment of gonorrhea in the female. Von Montgomery. (International Med. Magazine 1900, Febr.)

Bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe empfiehlt M. Bettruhe, salinische Abführmittel, lokal: tägliche heifse Sitzbäder und 2—3stündlich Irrigation mit Sublimat 1 : 3000, oder Formalin 1 : 2000. Beim Nachlafs der akuten Entzündungserscheinungen wird die Vagina mit Formalin 1 : 1000 ausgewischt und mit Jodoformgaze tamponiert. Besteht Verdacht, dafs das Endometrium ergriffen ist, dann sofort Curettage mit folgender Tamponade des Uterus.

Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung der akuten Gonorrhoe des Mannes. Von Dr. A. Buschke. (Die Therap. d. Gegenw. 1899, Nr. 12.)

In der Behandlung der akuten Gonorrhoe ist B. ein unbedingter Anhänger der antiseptischen Therapie, die darauf ausgeht den Erreger der Gonorrhoe so früh als möglich zu vernichten. Er kann sich deswegen ebenso wenig mit denen befreunden, die jede lokale Behandlung für überflüssig oder gar für schädlich halten und sich mit der Verordnung von Diät, Bettruhe und innerlicher Verabreichung von Cubeben- oder Balsamicis begnügen — für die Mehrzahl aller Gonorrhoekranken ist dieses Ziel schon aus äufseren Gründen gar nicht zu erreichen — noch redet er den Anhängern der adstringierenden Methode das Wort, ohne den Wert der Adstringentien als Adjuvans in der Gonorrhoetherapie zu unterschätzen. Wenn nun B. auch ein ausgesprochener Anhänger der antiseptischen Methode ist, so verfällt er doch nicht in den Fehler derer, die in fanatischer Weise in den modernen Silbersalzen eine Panacee gegen jedwede Gonorrhoe sehen; auch er hat oft genug in Fällen, wo alle Vorschriften gewissenhaft befolgt wurden, die Gonokokken entweder gar nicht schwinden oder nach scheinbarem Verschwinden sehr schnell wiederkehren sehen. Unter den neueren Silbersalzen hat er bis auf Actol und Itrol (Werler) und des Largin (Finger) alle zu prüfen Gelegenheit

gehabt, und giebt dem Protargol vor den anderen den Vorzug, wenn er auch gelegentlich noch auf andere, z. B. das Argentamin bei subakut und chronisch verlaufenden Fällen mit geringer Sekretion zurückgreift. An die vielgerühmte „Tiefenwirkung“ all dieser neueren Antigonorrhoica glaubt aber auch B. nicht. Aufser den Silbersalzen verwendet B. noch das Hydrargyrum oxycyanatum in Lösung von 1 zu 4000 bis 1 zu 1000 besonders für Blennorrhoen, die durch andere Bakterien, als den Gonococcus hervorgerufen sind, und verwendet ferner auch gern das Ichthyol in 1—2 %iger Lösung als sekretionsbeschränkendes Mittel.

Mit der Janetschen Methode hat B. keine glänzenden Erfolge gesehen; er reserviert sie für Fälle, die sich in die Länge ziehen und zieht dann als Spülflüssigkeit das Arg. nitr. in der Stärke von 1 : 3000 bis auf 1 : 1000 oder Protargol in 1/2 bis 1 %iger Lösung dem Kal. hypermang. vor. Gelegentlich macht er von der modifizierten Janetschen Methode, nur die vordere Harnröhre mit der Flüssigkeit unter geringem Druck auszuspülen Gebrauch oder er bedient sich nach Diday bei der Spülung des Nélaton-Katheters. — Ebensowenig wie mit der Janetschen Methode, die ja im wesentlichen auch eine Abortivmethode sein soll, konnte B. sich mit anderen Abortivmethoden, die von anderer Seite vorgeschlagen sind, befreunden — über die neueste Empfehlung des Protargols in 2—4 %iger Lösung (Ahlström) äufsert er sich nicht — er glaubt nicht, dass es möglich ist, die ziemlich rasch in die Tiefe der Schleimhaut dringenden Gonokokken durch irgend ein Abortivum schnell und gründlich zu eliminieren.

Mit der ruhigen sachlichen Art, wie B. die moderne Behandlung der Gonorrhoe auffafst, wird man sich durchaus einverstanden erklären, seine Anschauung deckt sich wohl im allgemeinen mit der Erfahrung aller beschäftigten Praktiker. Sein Urteil ist aus einer grofsen Reihe von Fällen der Königl. Universitätspoliklinik in Berlin und aus der Privatpraxis gewonnen. — Bei dem grofsen Widerstreite der Ansichten, die aber immer noch unter den Anhängern der verschiedenen Methoden, insbesondere auch über den Wert der Janetschen Methode bestehen, wäre es eine sehr dankbare Aufgabe, wenn einmal an einem entsprechend grofsen Material unter ganz gleichen Bedingungen der Wert der einzelnen Methoden festgestellt würde, und hierzu dürfte einzig und allein die Klinik resp. das Krankenhaus berufen sein. Wenn man hier etwa zehn möglichst gleichartige frische Fälle einer adstringierenden oder antiseptischen Behandlung, mit Janetscher Spülung oder nur innerlich behandelt, dann müfste es doch gelingen, ein sicheres Urteil über den Wert der einzelnen Methoden zu gewinnen und alle noch bestehenden Zweifel zu beseitigen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Zur Behandlung des akuten Trippers empfiehlt Weidenhammer (Monatshefte für prakt. Dermatol. 1900, Bd. XXX, Nr. 12) ein Verfahren, bei dem man sich mehr über die Geduld der Patienten, als über die Originalität des Autors wundern mufs. 5 Mal am Tage sollen 25! Spritzen einer verdünnten Kal. permang.- Lösung injiziert werden, zwischendurch

macht W. selbst Irrigationen mit Arg. nitr. 0,1—0,5 : 1000 nach Janet etc. – Ob nicht mit einem Irrigator oder einer recht grofsen Spritze dasselbe Ziel leichter und bequemer zu erreichen wäre! (Der Ref.)

Ludwig Manasse-Berlin.

Acute Gonorrhoea and its complications in the Male. Von Ganow. (Montreal Med. Journ. 1900, S. 164.)

Anhänger der Janetschen Spülungen mit heifsen Permagnatlösungen welchen er jedesmal prolongierte Injektionen von $^1/_2$—2 % Protargol folgen läfst. Später adstringierende Einspritzungen. Sonst enthält der Aufsatz nur Bekanntes. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Traitement de la blennorhagie par le citrate de bis muth. Von Balzer und Leroy. (La Presse méd. 1900, S. 114.

Spülungen nach Janet mit Bismutum citricum in Konzentration von 1:1000 bis 1:500 sind nur wirksam im subakuten und chronischen Stadium der Gonorrhoe; doch sind sie keineswegs Permagnat- oder Arg. nitricum-Lösungen überlegen. Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Bericht über einen mit Merkurolinjektionen behandelten Fall von Gonorrhoe. Von Valentine. (Journ. of. cut. and. genito-urinary diseases. Juli 1900.)

Verf. berichtet über einen Fall von Gonorrhoea acuta anterior, welchen er mit Merkurolinjektionen behandelte. Nach der ersten Injektion einer 5 %-Merkurollösung verschwand der gelbe Ausflufs, am 2. Tage waren die Gonokokken verschwunden. Die Injektionen wurden durch eine Woche fortgesetzt. Dieselben verursachten im Anfange heftiges Brennen. Es wurden 1, 2 und 5 %-Lösungen angewandt. 5 Wochen nach Beginn der Behandlung erwies sich Harnröhre, Prostata und Samenblasen des Patienten als vollständig gesund. Verf. fordert zu weiteren Prüfungen dieses Präparates auf. Mit der Einbringung des Mittels in die Blase mufs man nach den bisherigen Erfahrungen vorsichtig sein, da es selbst in geringer Konzentration heftige Reizerscheinungen hervorrufen kann.

von Hofmann-Wien.

Nouveaux essais du protargol dans le traitement de l'urétrite blennorragique. Von D'Haenens. (Progrès méd. belge 1900. 15. Juni.)

Verf. fafst die Ergebnisse seiner Versuche in folgenden Sätzen zusammen: 1. Spülungen mit $^1/_4$—$^1/_2$ % Lösungen von Protargol werden sehr gut vertragen. 2. Sie bewirken eine rasche Vernichtung der Gonokokken und verhindern so ein Eindringen derselben in die tieferen Gewebsschichten. 3. Mit diesen Spülungen ist auch eine abortive Behandlung der Gonorrhoe möglich; jedenfalls wird durch dieselben eine Weiterverbreitung des Prozesses auf die urethra post. verhütet. 4. Weniger günstig wirken die Spülungen bei Urethrocystitis, doch vermindern sie auch hier rasch Schmerz und Entzündungserscheinungen. Dreysel-Leipzig.

Moyens d'enlever les taches formées par le protargol. (La Presse méd. 1900, Nr. 82, S. 114.)

Gelingt es nicht, diese Flecken mittels Seife zu entfernen, so versuche man es mit einer Jodkalium- oder Citronensäure- oder einer Hyposulfitlösung, der etwas Chlorammonium zugesetzt ist. Ganz sicher aber gehen sie durch eine Lösung von Hydrog. peroxyd., der Ammoniak zugesetzt ist, weg. Kaufmann-Frankfurt a. M.-Homburg v. d. H.

Floaters in the urine. Von W. F. Bernart. (New York Med. Journ. 1900, 14. Juli.)

Um die Ursache des mehr oder weniger tiefen Untersinkens der Tripperfäden im Urin festzustellen, hat B. eine Reihe von Versuchen gemacht. Er verfuhr dabei folgendermaſsen: Er füllte den Urin in hohe Gläser, lieſs ihn hier $1^1/_2$ Stunde stehen und untersuchte dann die Flocken in der oberen und unteren Hälfte der Flüssigkeit und am Boden des Gefäſses; dann brachte er diese Flocken wieder in den filtrierten Urin zurück. Es ergab sich nun, daſs die Flocken, die im unfiltrierten Urin schwammen, in filtrierten zu Boden sanken. Eine Ausnahme machten nur die aus Schleim bestehenden Fäden. Verf. schlieſst aus seinen Versuchen, daſs die Zusammensetzung der Flocken und das spez. Gew. des Urins bezüglich des mehr oder weniger tiefen Untersinkens der Fäden von groſsem Einfluſs sind, daſs aber die Hauptrolle hierbei Substanzen spielen, die im Urin enthalten sind, die einfach mechanisch wirken und durch Filtrieren entfernt werden können.

Dreysel-Leipzig.

Die Behandlung des akuten und chronischen Trippers. Von Filaréto-Poulo-Athen. (Journ. des malad. cutan. et syphil. Heft 5, 1900.)

Verf. erzählt bekannte Dinge, wie Janetsche Irrigationen, Injektionen mit Protargol etc. Die Behandlung richtete sich nach dem Verhalten der Gonokokken und nach ihrer Lage. Federer-Teplitz.

Über Spüldehner. Von Kollmann, Leipzig. (Selbstbericht.) Vortrag mit Demonstrationen, gehalten am 18. September 1900, Vormittag, in der Abteilung für Dermatologie u. s. w. der Naturforscherversammlung zu Aachen.

Kollmann zeigte zunächst sämtliche bisher konstruierte vierteilige Dehner zur Verwendung mit Gummiüberzug. Es sind 4 Formen verschiedener Dehnungslänge, welche ausschlieſslich an geraden Teilen dehnen, 4 Formen, welche ausschlieſslich an gebogenen Partien dehnen, und endlich 2, welche gleichzeitig an geraden und gebogenen Partien dehnen, also im ganzen 10 verschiedene Formen. Durch diese groſse Anzahl von Instrumenten wird es ermöglicht, die Behandlung genau zu individualisieren; Lohnstein kann dies mit seinem Universalinstrument keinesfalls in der gleich vollkommenen Weise erreichen.

Dieselbe Anzahl von Formen läſst sich auch für Spüldehnungen herstellen, doch hat die Erfahrung vieler Jahre gezeigt, daſs man in der

Mehrzahl der Fälle sowohl bei Dehnungen mit Gummiüberzug, als auch bei Spüldehnungen mit einer geringeren Anzahl von Instrumenten auskommt.

Lohnstein berücksichtigte bei dem Bau seiner Dehner viel zu wenig jene Infiltrate, die, wie schon Oberländer seit mehr, als einem Jahrzehnt gelehrt hat, oft überall zerstreut sitzen; bei der Anwendung der von L. angegebenen Spüldehner wird die Behandlung umständlich und zeitraubend, weil man in Fällen derartiger diffuser Erkrankung nicht alle, oder wenigstens die meisten Stellen auf einmal dehnen kann, sondern eine nach der andern behandeln mufs. Für Dehnungen an gebogenen Partien der Harnröhre eignen sich aber, wie K. schon öfters bemerkte, Instrumente, die nur an geraden Stellen dehnen, überhaupt gar nicht. Das Beispiel von Cystoskopen, welches L. zur Rechtfertigung für seine Instrumentform anführt, ist nicht zutreffend, weil Cystoskope niemals einen Umfang besitzen, der denen von Dilatatoren in weiter aufgeschraubtem Zustande auch nur annähernd gleichkommt.

Bei Anwendung von Instrumenten, welche gleichzeitig hinten und vorn dehnen, kann die Behandlungsdauer oft wesentlich abgekürzt werden. Wenn die pars membranacea erkrankt ist, mufs sie speziell unter Umständen natürlich gerade so gedehnt werden, wie andere Partien. Dafs man die pars membranacea nicht auf höhere Nummern dehnen könne, ist ein Aberglaube; die Praxis beweist, dafs sie Dehnungen auf 40 Charr. und darüber sehr wohl verträgt. Selbsverständlich müssen diese in der von Oberländer überhaupt für alle Dehnungen als strenges Prinzip geforderten langsamen Weise ausgeführt werden.

Die Spüldehner K.s messen in geschlossenem Zustande an Umfang nicht, wie L. angiebt, bis zu 27, sondern nur 25 Charr.; überdies gilt die Regel, dafs man vor ihrer Anwendung möglichst stets — je nach dem Fall — entweder gerade oder gebogene Metallsonden und zwar, wenn irgend angängig, mindestens bis 30 Charr. benutzen soll.

Ferner ist vollkommen unrichtig die Behauptung L.s, dafs die Spüldehner des Vortragenden sich wegen ihrer Unebenheiten und Kanten nur schwer, ja zuweilen überhaupt gar nicht einführen lassen. Ihre Einführung ist vielmehr, vor allem unter Berücksichtigung des soeben bezüglich der Sondenbehandlung Gesagten, äufserst leicht, oft sogar noch leichter, als bei den mit Gummiüberzug versehenen Dehnern, obwohl bei den Spüldehnern behufs ihrer Einführung nur Glycerin und nicht Öl angewandt wird.

Als vollkommen unrichtig ist ferner zu bezeichnen, was L. bezüglich der Unterschiede der zweiteiligen und der vierteiligen Dehner sagt; ein Unterschied dieser zwei Arten im Sinne L.s existiert nicht.

Die Behauptung L.s, dafs Dehner, welche — wie die seinigen — federnde Branchen besitzen, eine feinere Dosierung der Dehnungen ermöglichen, als solche mit stützenden Stäbchen — wie z. B. die Oberländerschen oder die des Vortragenden — ist nicht zutreffend, da durch die Schraubenübertragung das Gefühl vorhandener Widerstände bei der einen Konstruktion genau so beeinträchtigt wird, wie bei der anderen.

Wenn die Spüldehner des Vortragenden richtig behandelt werden, läfst sich die Spülung stets in genügend kräftiger Weise ausführen. Im Gegensatze dazu ist bei dem L.schen Instrument eine genügende Spülung nur dann möglich, wenn es auf höhere Nummern aufgeschraubt ist; bei Dehnungen bis zu etwa 30 Charr. kann eine Bespülung der Mucosa so gut wie gar nicht eintreten, da die Branchen mit ihren breiten Flächen die Schleimhaut dann fast noch ganz zudecken. Die Branchen der K.schen Spüldehner besitzen bekanntlich eine ganz andere Form, wodurch auch schon bei niedrigen Dehnungshöhen eine möglichst reichliche Bespülung der Mucosa garantiert wird. Es ist also beinahe das Gegenteil von dem der Fall, was L. behauptet.

Die Leichenversuche, über die K. im Jahre 96 auf der Naturforscherversammlung in Frankfurt berichtete, hat L. unrichtig gedeutet. Es wurde bei jener Gelegenheit ausdrücklich gesagt, dafs dabei nur brüske Dehnungen vorgenommen wurden, was übrigens auch ganz selbstverständlich ist, da man die Harnröhre von Leichen doch nicht nach Oberländerschen Grundsätzen im Laufe von Wochen und Monaten allmählich auf hohe Dehnungsgrade bringen kann.

Orchite blennorragique et orchite ourlienne. Von Vandenbossche — Méd. aide maj. Versailles. (La Presse Méd. Nr. 48, 16. Juni 1900.)

Diese Studie bringt im wesentlichen folgendes: Die Häufigkeit wird von Fournier durchschnittlich auf 1 Fall unter 9 Trippererkrankungen angegeben, von dem Verf. wurde sie unter 67 Gonorrhoen 15mal und zwar 3mal doppelseitig beobachtet. Als die Zeit, wann im Verlaufe eines Trippers Epididymit. einzutreten pflegt, beurteilt Tullien die 4. Woche als die bevorzugteste. Fournier hat aber das Auftreten 6mal im 2., 4mal nach dem 4. Jahre beobachtet; Augagneur spricht sogar von einem „Testicule blennorragique tardif.“ Verf. selbst beobachtete das Entstehen von Epididymitiden unter 15 Fällen 7mal nach dem 1. Monat, je 1mal nach 25 Tagen, 2, 12, 18 und 24 Monaten. Eine Beziehung zwischen Heftigkeit des Trippers und Entstehen dieser Erkrankung konnte V. nicht feststellen.

Auch die Orchitis nach Mumps ist von alters her bekannt: Laveran rechnet auf 699 Fälle von Mumps 24 Erkrankungen; Vedrènes hat bei Epidemieen ein Maximum von 50 %, ein Minimum von 20 % zusammengestellt; der Verf. selbst unter 84 Erkrankungen 7 Fälle beobachtet. Die Orchitis pflegt meist zwischen dem 2. und 7. Tage nach der Parotit. aufzutreten; manchmal gleichzeitig mit ihr, zuweilen sogar vorher. Zwischen der Bilateralität von Parotit. und Orchitis scheinen keine Beziehungen zu bestehen. Die Epididymit. gonorrh. pflegt sich meist zuerst an der Cauda, die Orchit. parotit. am Caput bemerkbar zu machen, erstere — wohl die Gonorrhoe? — pflegt nicht selten den ganzen Urogenitalapparat mit in Leidenschaft zu ziehen, während letztere nur ausnahmsweise weiter greift; noch berichtet Gosselin von einer Prostat., Schmitt von 4mal aufgetretenen Urethritiden nach Orchit. parotit. Verschiedene Autoren be-

stätigen, dafs aufser der Epididym. gonorrh. eine Orchit. gon. (in 4—5% der Fälle) vorkommt; Kocher und Fournier haben sogar die Orchitis allein vorkommend beobachtet; Velpeau u. a. sahen den Hoden vereitern, Ricord eine wirkliche Gangrän des Hodens entstehen. Die Orchit. parotit. kann fieberlos, fast schmerzlos verlaufen, doch sind auch hochfieberhafte stürmisch auftretende Symptome beobachtet. V. fafst die Pathogenese der Epididymitis bei Gonorrhoe als fortlaufende Entzündung, eine Komplikation, die Orchit. parotit. als ein manchmal fehlendes Symptom der Erkrankung auf. Bei der ersteren ist die Prognose durch fortschreitende septische Prozesse und drohende tuberkulöse Infektion, seltener durch Atrophie, bei der letzteren besonders durch diese getrübt. Laveran hat bei 168 Orchitiden 103 mal Atrophie auftreten sehen. Verf. selbst unter 7 Fällen 4 mal und zwar nach 2—18 Monaten, in 2 Fällen auf $^1/_3$, in 1 Fall nach 6 Monaten auf die Hälfte und in 1 Falle nach 8 Monaten auf $^2/_3$ des Umfanges. Mögen die doppelseitigen Atrophieen nach Gonorrhoe oder nach Mumps entstehen, so treten bald Zeichen von Feminismus auf: die Brustdrüsen entwickeln sich, die Gesichtshaut verliert Bartwuchs, die Stimme wechselt, Impotenz tritt ein. In Berücksichtigung dieser Thatsache weist Verf. auf die bipolare Sekretionsaufgabe des Hodens hin, einerseits auf die Spermatogenese, andrerseits auf die Produkte, welche von dem Gefäfssystem resorbiert werden, für welch' letztere Aufgabe selbst kleine Reste von Hoden noch von Bedeutung sind. Therapeutisch werden ganz allgemeine knappe Vorschläge gemacht; tiefgehende Hodenabscesse sollen mit dem Thermokauter geöffnet werden. Sedlmayr-Strafsburg i. E.

Epididymitis sympathica und die bei Tripper entstehende Nebenhodenentzündung. Von Moriz Porosz. (Gyógyászat 1900, Nr. 23—24.)

Verf. fand bisher die Entzündung des Nebenhodens ohne gleichzeitig vorhandenen Tripper nirgends beschrieben, ob zwar dieselbe nicht so selten ist, denn das Volk kennt die Krankheit unter dem Namen „Bräutigam-Hodenentzündung", da dieselbe gröfstenteils während den sexuellen Erregungen des Brautstandes entsteht, welche Erregungen keine normale Befriedigung erlangen. Porosz schlägt zur Bezeichnung dieser Krankheit die Benennung Epididymitis sympathica vor. Zur Behandlung dieser sowohl wie der gonorrhoischen Epididymitis empfiehlt er die schon von Prof. Schwimmer (Budapest) geübte Methode: Ist Fieber vorhanden, so läfst er den Kranken niederlegen und verordnet warme oder Priefsnitz-Umschläge. Ist der Pat. aber fieberfrei und sind keine übermäfsigen Schmerzen vorhanden, so wendet er das mit Watte gut belegte Falkson-Suspensorium an, womit die Krankheit ambulatorisch behandelt werden kann und der Pat. seinem Berufe (im Falle dieser ein leichter ist) nachgehen kann. Hat sich die Empfindlichkeit bereits vermindert, so übergeht man zu den üblichen resorbierenden Mitteln. I. Hönig-Budapest.

Die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis. Von A. Spiegelhauer. (Monatsh. f. prakt. Dermatolog. 1900, 15. Apr.)

S. empfiehlt zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica heifse Um-

schläge mit 10 % essigsaurer Thonerde, die dreimal täglich gewechselt werden. Die Kompressen werden mit Billrotbattist bedeckt, das ganze wird durch ein Suspensorium fixiert. Innerlich giebt er Natr. salicyl. 3.0 pro die. Die Erscheinungen gehen auf diese Weise schneller zurück als bei Kältebehandlung.

Dreysel-Leipzig.

Über die Anwendung schwacher, heifser Waschungen mit Höllenstein bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe und der akuten Epididymitis gonorrhoica. Von Menahem Hodara, Konstantinopel. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. 31, Heft 2, 1900.)

Hodara behandelt alle frischen Gonorrhoen, auch solche mit akuter Nebenhodenentzündung komplizierten, mit heifsen Höllensteinlösungen 1 : 4000, später 1 : 3000 und 1 : 2000. Man läfst einen halben Liter Flüssigkeit einlaufen. Die Patienten genesen in 2—4 Wochen.

Auch die Epididymitis geht bei dieser Behandlung rasch zurück; selbst bei gröfster Schmerzhaftigkeit der Hodenanschwellung ist ein Erfolg verbürgt. (Wer es glaubt, der melde sich bei mir! Ref.)

Federer-Teplitz.

Le salicylate de méthyle dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Von Chevillot. (Journ. Méd. de Bruxelles 1900, 28. Juni.)

Ch. empfiehlt Meth. salicyl. bei gonnorrhoischer Epididymitis und zwar tägliche Einreibungen einer Salbe folgender Zusammensetzung:

Methyl. salicyl.	12.0
Extr. belladonnae	3.0
Axungiae	35.0

Das mit der Salbe eingeriebene Scrotum wird mit einer dicken Schicht Watte bedeckt und durch ein Suspensorium fixiert. Innerlich giebt Ch. dabei 3 g Salol. Der Schmerz schwindet innerhalb weniger Stunden.

Dreysel-Leipzig.

Pyélo-cystite blennorragique. Von Dietz. (Journ. Méd. de Bruxelles 1900, Nr. 15.)

Die Pyelitis gonorrhoica ist eine seltene Affektion; aufserdem wird sie noch des öfteren übersehen oder verkannt, indem nur eine einfache Cystitis angenommen wird. Bei trübem Urin im Verlaufe einer Gonorrhoe sollte immer eine genaue chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes stattfinden. D. führt folgenden Fall an: Junger Mann mit einer seit circa 10 Monaten bestehenden Gonorrhoe, leichte Polyurie; der Urin war trübe, reagierte sauer, enthielt ziemlich reichlich Albumen und epitheliale Cylinder. Fieber und Schmerzen bestanden nicht. D. verordnete Bettruhe, Milchdiät, Urotropin 1,5 pro die.

Dreysel-Leipzig.

On the Pathology of Gonorrheal Pyelonephritis-Presentation of a Gonorrheal Kidney. Von Bausford Lewis. (J. of cut. and gen. ur. dis. 1900, S. 395.)

Ein 54jähriger Arbeiter wurde in halb bewufstlosem Zustande mit Er-

scheinungen einer Urämie ins Hospital eingeliefert, wo er 5 Tage später starb. Intra vitem wurde die Diagnose auf Malaria und chron. parenchym. Nephritis gestellt. Die Sektion ergab in linker Niere Rest eines eitrigen Infarktes, sonst nichts; dagegen war in der rechten Niere zahlreiche, zum Teil wallnufsgrofse Abscesse in den Papillen und Bertinischen Säulen. Im Eiter waren, wie mikroskopisch und kulturell festgestellt wurde, Gonokokken, ferner ergab die pathologisch anatomische Untersuchung der Niere, dafs es sich um eine akute interstitielle Nephritis handelte. Es handelte sich also um eine akute gonorrhoische Nephritis.

Kaufmann-Frankfurt a. M. Homburg v. d. H.

Infection blennorrhagique ayant amené la mort chez une femme enceinte de six mois et demi. Von Doléris. (Société d'Obstrétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1 Juin 1900. La Presse Médicale, 11 Juillet 1900.)

Der Verf. berichtet über eine gravide Frau, die mit einer Temperatur von 40° das Hospital aufsuchte. Nach der spontanen Geburt eines toten Kindes ging die Temperatur auf 36,7 herunter, um jedoch bald wieder anzusteigen. Die Kranke klagte über heftige Schmerzen beim Urinieren, der entleerte Urin war stark trübe. Am vierten Tage nach der Entbindung trat der Tod ein.

Bei der Autopsie fand sich eine aufsteigende Infektion der Harnwege, Injektion der Blasenschleimhaut, Eiter im Nierenbecken und multiple Abscesse in der Niere. Das Perikard war mit einer trüben, eitrige Flocken enthaltenden Flüssigkeit erfüllt. Im Blute und in der Perikardflüssigkeit wurden Gonokokken gefunden. Die Infektion ist wahrscheinlich während der Schwangerschaft durch extrem virulente Gonokokken erfolgt.

F. Fuchs-Breslau.

La peritonite gonococcia diffusa. Von Muscatello. (Policlinico 1899, 15. Aug.)

Der Fall betrifft eine 48jährige Frau, die an einer akuten gonorrhoischen, diffusen Peritonitis starb. Die Peritonitis war direkt nach der von der Vagina aus vorgenommenen Operation einer Pyosalpinx entstanden. Die Peritonealflüssigkeit hatte serös-eitrige Beschaffenheit; sowohl in dieser Peritonealflüssigkeit als auch im Eiter der Pyosalpinx liefsen sich mikroskopisch und kulturell Gonokokken nachweisen. Dreysel-Leipzig.

Blennorrhoische Allgemeininfektion. Von Rosenthal. (Sitzungsbericht der Berliner dermatolog. Gesellschaft, 12. Juni 1900.)

Rosenthal stellt einen 27 Jahre alten Mann vor, der mit akuter Blennorrhoe, Epididymitis, Funikulitis und Cystitis in Behandlung trat. Es entwickelte sich ein Prostataabscess, der ins Rektum durchbrach. Auch der linke Hode vereiterte. Der Prostataabscefs durchbrach an dem Tage, an dem man in Narkose die Eiteransammlungen eröffnen wollte. Die Herztöne waren zu der Zeit rein. Acht Tage später trat Temperatursteigerung ein, Cyanose, Herzklopfen; am Herzen war ein deutliches, systolisches Geräusch zu hören; perkutorisch war eine Verbreiterung des Herzens nach rechts nachweisbar.

Es hat sich also auf der Klinik eine Endocarditis entwickelt, als deren Ätiologie die Gonokokken anzusprechen sind. Federer-Teplitz.

Die Ursache der Allgemeininfektion bei Blennorrhoe. Von Balzer. (Vortrag, gehalten in der Abteilung für Dermatologie und Syphilis des XIII. internat. Kongresses zu Paris. (Wiener med. Presse Nr. 48, 1900.)

Die Allgemeininfektion bei Gonorrhoe ist durch das Eindringen des Gonococcus und seiner Toxine in die Blutbahn bedingt, doch ist es noch nicht genau feststellbar, welche Rolle der Infektion, welche der Intoxikation zukommt. Auch über die Rolle der sekundären Infektionserreger reichen unsere Kenntnisse noch nicht aus, wenn auch dem Gonococcus allein immerhin die dominierende Bedeutung zukommen dürfte. Nach Annahme des Verf. wird der Gonococcus vielleicht in Zukunft auch bei Läsionen gefunden werden, welche bisher auf Toxinwirkung zurückgeführt wurden.

von Hofmann-Wien.

Due casi di gonococcaemia. Von R. Panichi. (Settimana medica 1899, Nr. 34.)

P. berichtet über zwei Fälle von Urethralgonorrhoe mit multiplen Gelenkaffektionen, bei denen er aus dem Venenblute Gonokokken züchten konnte. Dreysel-Leipzig.

Phlebitis und Ischias blennorrhoica. Von L. Batut. (Journal des maladies cutanées et syphilitiques Heft 5, 1900.)

Im ersten Fall hatte sie ihren Sitz im rechten Unterschenkel und es gesellte sich dazu eine heftige Gangrän der Glans Penis und der Urethra. Die Gangrän rührte her von einer Embolie der Vene des Penis; die Phlebitis war gonnorrhoischen Ursprungs.

Beim zweiten Fall entstand nach einer Reitübung eine heftige Neuralgie des l. N. ischiadicus. Nachdem diese ausgeheilt war, entwickelte sich hier im r. Schenkel ohne äufsere Veranlassung eine blennorrhoische Phlebitis, nachdem bereits rechterseits eine Orchoepididymitis bestand.

Federer-Teplitz.

Un cas de phlébite blennorragique. Von L. Stordeur. Progrès méd. belge 1900, 15. Juni.)

Es handelt sich bei dem Falle St.s um einen 19jährigen Mann, der seit einem Monat an Gonorrhoe litt. Im Anschlufs an eine sehr heftige Epididymitis entwickelte sich in der Regio femoralis ein beträchtliches mit starken Schmerzen einhergehendes Ödem längs der Vena saphena intern. Die Affektion währte 6 Wochen. Verf. nimmt eine direkte Infektion des Venensystems von der Urethra aus an. Dreysel-Leipzig.

Muskelaffektionen bei Gonorrhoe. Von Servel. (Thèse de Bordeaux 1900, Ref. Brit. Med. Journ. July 28. 1900.)

S. hält Muskelaffektionen bei Tripper für häufiger, als bisher angenommen wurde. In leichteren Fällen handelt es sich um eine einfache Myalgie, in schwereren um eine ausgesprochene Myostitis. Die Schmerzen sind in der Regel sehr bedeutend, während objektive Symptome, wie Rötung

Ödem etc. häufig fehlen können. Die Prognose ist günstig; die Dauer der Erkrankung beträgt nur einige — höchstens 10 — Tage. Bei der Behandlung bewährten sich besonders heifse Douchen.

von Hofmann-Wien.

Über Osteome blennorrhoischer Herkunft im M. brachialis anterior. Von Batut. (Journal des malad. cutan. et syph. Heft 5, 1900.)

Bei einem 28jähr. Soldaten entstand eine blenn. Erkrankung des Knie- und Ellbogengelenkes. Im letzteren entwickelte sich ein Osteom, das den ganzen Musculus brachialis anterior ausfüllte und sich unter Massage noch mehr verhärtete.

Federer-Teplitz.

Über gonorrhoische Gelenkentzündung. Von Rubinstein. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 37.)

Von den 4 Formen von gonorrhoischer Gelenkentzündung, die nach König zu unterscheiden sind, dem einfachen Hydrops, der sero-fibrinösen, der eitrigen Entzündung, und dem phlegmonösen Prozefs, ist der letzte der bei weitem gefährlichste und kann zu schweren Zerstörungen führen. Verf. empfiehlt bei begründetem Verdacht auf gonorrhoische Gelenkaffektion aktives Vorgehen; wenn Ruhe mit Eisblase oder Gipsverband, event. Jodpinselung, Vesikatorien, Guajacol-Vasogen nicht bald zum Ziele führen, ist Punktion mit nachfolgender Ausspülung mit 5—8 % Karbollösung oder 1 %-Sublimat indiziert. Auch die Salzwedelschen Spiritusverbände sind zu empfehlen.

Paul Cohn-Berlin.

Gonorrheal arthritis. Von J. Stewart. (Montreal Med. Journ. 1900, März.)

St. berichtet über 48 diesbezügliche Fälle, die sämtliche Erwachsene betreffen, und unter denen sich 6 Frauen befinden. Die Erscheinungen begannen frühestens 3 Wochen nach der Infektion. Bei den meisten Fällen war die Urethritis noch akut, in einigen chronisch, und in 4 Fällen war das Urogenitalsystem völlig normal. Die Gelenkerscheinungen setzten teils sehr akut mit starken Schmerzen, teils auch langsam und allmählich ein. Meist handelte es sich um Polyarthritis. Drei Fälle waren septikämischer Natur. Die Kniegelenke waren am häufigsten befallen; von Komplikationen wurden Endocarditis und Iritis am öftesten beobachtet. Therapeutisch waren Salicylpräparate und Jodkali innerlich, Jod äufserlich völlig wertlos. Die besten Resultate erzielte Verf. durch Behandlung der Gelenke mit trockener, heifser Luft oder mit heifsen Umschlägen, Fixation des Gelenkes bei leichter Diät und Bettruhe. Für die chronischen Fälle erwies sich die Massage als vorteilhaft.

Dreysel-Leipzig.

Pièces d'arthrite blenorrhagique avec ankylose. Von Célos (Société Anatomique. La Presse Médicale, 7 Juillet 1900.)

Der Fall ist dadurch interessant, dafs bei einem an Lungentuberkulose gestorbenen Kranken Ankylose beider Kniegelenke und des rechten Daumens gefunden wurde, die nach genauer Untersuchung als Folge einer gonorrhoischen Infektion anzusehen ist.

F. Fuchs-Breslau.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique, chez l'enfant. Arthrite sterno-claviculaire. Arthrite de la hanche. Von Hallé. (Rev. mensuelle des malad. de l'enfance 1900, S. 260.)

In dem einen Falle hatte ein 7jähriges Mädchen eine Arthritis gonorrhoica im Sternoclaviculargelenk im Anschlusse an eine Vulvovaginitis gon. Heilung. Im anderen Fall erkrankte ein 5jähriges Mädchen unter dem klassischen Bild einer Coxitis. Auch hier bestand eine Vulvovaginitis gon. Letztere wurde in erster Linie behandelt. Es erfolgte Heilung nach 3 Monaten. Der Fall ist differentialdiagnostisch sehr interessant und wichtig.

Kaufmann-Frankfurt a. M.—Homburg v. d. H.

Acute gonorrheal arthritis, etc., of the left shoulder, which necessitated operation and was followed by rapid recovery. Von J. C. Stinson. (New York Med. Journ. 1900, 7. Juli.)

Die Arthritis stellte sich bei dem Falle St.s im Anschlufs an eine gonorrhoische Prostatitis ein. Unter Temperatursteigerung und heftigen Schmerzen ward das linke Schultergelenk befallen. Trotz lokaler und allgemeiner Behandlung verschlimmerte sich das Befinden des Kranken mehr und mehr, so dafs St. das erkrankte Gelenk eröffnete; es entleerten sich dabei ca. 80 gr trüber Flüssigkeit. Ausspülung der Gelenkhöhle mit Sublimat und teilweiser Verschlufs der Wunde durch die Naht. Etwa 2 Wochen lang entleerte sich noch ein gonokokkenhaltiges Sekret. Unter Anwendung von Elektrizität, Massage, passiven Bewegungen wurde der Arm innerhalb von zwei Monaten wieder vollständig gebrauchsfähig.

Dreysel-Leipzig.

Arthrite blennorhagique et périostose fémorale. Von Hirtz. (Presse méd. 1900, Nr. 57, S. 23. Soc. méd des hôp., 13. Juli.)

Bei einer Pat., die an Rheumatismus gon. universalis gelitten, besteht augenblicklich eine beträchtliche Hypertrophie der Diaphyse des rechten Femurs. Es ist dies der zweite bekannt gewordene Fall in der Litteratur von Knochenhypertrophie durch Gonorrhoe.

Kaufmann-Frankfurt a. M. — Homburg v. d. H.

Kataplasmen bei gonorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis sowie anderen Komplikationen der Gonorrhoe. Von Dr. A. Freudenberg, Berlin. (Die Therap. d. Gegenw. 1900, August.)

Für die Behandlung gonorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis in jedem Stadium empfiehlt Fr. dringend die Anwendung heifser Kataplasmen und warnt bei der erstgenannten Erkrankung vor der Anwendung immobilisierender Verbände wegen der ohnehin grofsen Neigung zur Gelenksteifigkeit (Ref. hat wiederholt auch bei Gipsverbänden sehr günstige Resultate gesehen). Auch bei Prostatitis und Epididymitis ist Fr. von der Applikation der heifsen Umschläge sehr eingenommen und nur im Anfang der Epididymitis, wenn sie mit starker Schwellung, Fieber und Schmerz einhergeht, macht er nach Unna von der Eisblase, Hochlagerung und Bleiwasserumschlägen Gebrauch, läfst aber nach einigen Tagen Priefsnitzsche Umschläge an deren Stelle treten.

Ludwig Manasse-Berlin.

Meningoencephalitis gonococcica nach Ophthalmoblennorrhoe. Von D'Annato. (Bolletino delle malattie veneree, sifilitische e della pelle.)

Ein $2^1/_2$jähriges Mädchen erkrankt an heftiger Entzündung des linken Auges mit eitriger Sekretion und starker Schwellung. Am zweiten Tage stellten sich meningetische Erscheinungen ein mit tonischen und klonischen Krämpfen in dem rechten Extremitäten-Exitus. Federer-Teplitz.

Über gonorrhoische Nervenerkrankungen spricht Eulenburg, Berlin, auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Aachen.

Neben der allgemein durch die gonorrhoischen Erkrankungen hervorgerufenen nervösen Störungen, der Neurasthenie und der gelegentlich auch auftretenden Psychose lenkt der Vortragende die Aufmerksamkeit auf folgende lokalisierte Formen von Nervenkrankheiten:

1. die gonorrhoische Neuralgie, besonders im Bereiche des Ischiaelicum und der lumbaren Nerven;
2. auf die Muskelatrophien und Lähmungen;
3. auf die Neuritis und Myelitis.

Bei den gonorrhoischen Rückenmarkserkrankungen ist im Gegensatz zur Tubes, mit der sie Ähnlichkeit haben, die motorische Sphäre stärker befallen. Ludwig Manasse-Berlin.

Die Behandlung der Urethroblennorrhoe mit Sandelöl. Von Meyerhardt. (Therap. Monatsheft, 1900, Aug.)

Der Verf. ist ein begeisterter Anhänger der internen Therapie der Gonorrhoe in jedem Stadium mit Ob. santal. In Behandlung kamen 175 Fälle von denen 108 von der Betrachtung ausscheiden, weil sie bald nach Eintritt der Besserung aus der Behandlung ausschieden. 64 mal trat Heilung ein, nur einmal trat als Komplikation Epididymitis auf. Die Heilungsdauer schwankt zwischen $3^1/_2$—12 Wochen bei akuten, zwischen $2^1/_2$—7 Wochen bei subakuten und zwischen $9^1/_2$—16 Wochen bei chronischen Fällen. Diese Frist wurde aber bei allen drei Gruppen in vereinzelten Fällen weit überschritten. Unangenehme Nebenerscheinungen hat Verf. kaum gesehen, da, wo sie auftreten, sind sie seiner Meinung nach auf ein verfälschtes Präparat zurückzuführen. Ludwig Manasse-Berlin.

Kongreſsbericht.

XIII. Internationaler medizinischer Kongreſs.

(Referiert nach „La Presse médicale“ von R. Kaufmann-Frankfurt a. M.)

Sektion für allgemeine Chirurgie.

De la périépididymite variqueuse. Von Mignon und Sieur (Paris).

Diese Affektion, verursacht durch eine Stauung von Kapillaren, stellt sich meist als ein runder oder kegelförmiger Tumor dar, der den Beginn des

das deferens und die cauda epididymitis umgiebt. Er kann ganz hart werden Ferner neigt er zu Entzündungen und zu Hydrocelenbildung, weshalb er leicht mit tuberkulösen Tumoren verwechselt werden kann. Die Behandlung besteht in Ruhigstellen durch Tragen eines passenden Suspensoriums, sowie Vermeidung jeder Blutstauung in den Venen des Samenstrangs.

Résultats de la résection spermatique du cordon. Von Carlier (Lille)

Die Resektion des ganzen Funiculus spermaticus führt bei Leuten, die das 50. Jahr überschritten haben, weder zur Gangrän noch Atrophie der Hoden, während bei jüngeren Leuten die Unterbindung der Arteria spermatica, wie es bei Varicocelen- oder Hernienoperationen vorkommen kann, fast immer und sehr rasch zur Atrophie der Testikel führt.

La torsion du cordon spermatique. Von Nanu (Bukarest).

Bei einem 19jährigen Patienten trat diese Affektion auf, welche eine Kastration erforderlich machte. Die anatomische Untersuchung ergab, dafs der ganze drüsige Apparat nekrotisiert war. N. glaubt, dafs eine besondere Beweglichkeit des Hodens bestand, welche die Drehung desselben um den Samenstrang begünstigte.

Extrophie de la vessie guérie par la méthode de Trendelenburg. Von Delagénière (Mans).

Mittelst dieser Methode wurde der 11jährige Patient nach 7 zeitigen Sitzungen geheilt.

Nouveau procédé de fixation du rein mobile. Von Biondi (Siena).

Nach Incision des Triangulum Petiti und Freilegung der Niere, wird diese von ihrer fibrösen Kapsel befreit; dann wird die Niere mittelst eines Tampons von sterilisierter Gaze, welcher ein Abweichen verhindert, an den unteren Wundrand fixiert. Nach 8 Tagen entfernt man den Tampon, dann ist die Niere mit dieser Stelle fest verbunden.

Énorme calcul de l'uretère, extraction par la laparotomie. Von Pozzi (Paris).

Die Patientin, welche übrigens nie Blasenbeschwerden hatte, konsultierte P. wegen Metrorhagie. Man fand im Douglas einen Tumor. Nach Incision ergab sich, dafs aufser einer Cyste im Ureter ein Stein von der Gröfse und Form einer Zigarre sich befand, der durch Incision entfernt wurde. Eine sorgfältige Untersuchung ergab, dafs mehrere Steinfragmente sich am Ende des Ureters befanden. Diese wurden gleichfalls durch Incision entfernt. Beide Wunden wurden genäht und heilten zu.

Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Sur l'éclampsie sans albuminurie. Von Bouffe de Saint-Blaise (Paris).

In 8 Fällen, worunter 1 Todesfall, fand sich bei Eklamptischen kein Albumen im Urin. Die Untersuchung des Urins genügt also nicht, um diese Anfälle vorauszusehen.

Bar hat bei 7 von 70 Fällen von Eklampsie während des Anfalls kein Albumen gefunden, aber in allen nach demselben. Es giebt ein in Essig-

säure lösliches Eiweifs, welches daher, wenn man dieses Reagens anwendet, nicht ausgefällt wird. Die Eiweifse bei Eklampsie sind nicht renalen Ursprungs, sondern Peptone herrührend von einer Autointoxikation.

Traitement des métrites et vaginites gravidiques blennorragiques par le bleu de méthylène par et pulvérulent. Von Chaleix—Vivie (Bordeaux).

Bepudern des Collum uteri mit Methylenblau als Pulver beseitigt nach wenigen Sitzungen den Ausflufs, ist schmerzlos und ohne Nebenwirkungen. Die Anwendung als Pulver ist die beste, weil bis langsam und länger wirkt als jede andere Medikation.

Contribution aux opérations sur l'utérus et sur la vessie dans la grossesse. Von Spinelli (Neapel).

Bei einer Patientin, bei welcher vorher ein grofses Myom entfernt worden war, stellten sich im 4. Monat der Gravidität Blasenbeschwerden herrührend von Steinen ein. Von der Vagina aus wurden 2 grofse Steine, die sich an der Blasenwand um Seidenfäden gebildet hatten, entfernt. Das Kind wurde ausgetragen.

Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésicovaginale. Von Junior Vitrac (Bordeaux).

Die Bauchlage ist indiciert 1. bei kleinen Vesicovaginalfisteln, die man ohne Operation zur Heilung bringen will, 2. bei solchen, welche man operieren will. In einem Falle erzielte er eine komplette Heilung durch diese Lage ohne Operation. Die Seitenlage ist weniger gut, immerhin besser als die Rückenlage. Diese Fisteln heilen besser, wenn ein Kontakt der Vesicalwand der Vagina mit der Rektalwand verhindert wird.

Sektion für allgemeine Pathologie.

Les diabètes. Von Lancereaux, Paris.

Aufser einem durch funktionelle Störung, ohne Beteiligung des Pankreas, entstehenden Diabetes, giebt es einen, bedingt durch eine anatomische oder funktionelle Störung des Pankreas, ebenso wie die Albuminurie auf eine Störung der Niere zurückzuführen ist. Der Diabetes bei Fettsucht ist auf Störung des pankreatischen Nervensystems zurückzuführen.

Lépine fand nach Faradisation der pankreatischen Nerven die glykolitische Fähigkeit des Blutes erhöht; ebenso nach Erhitzen dieser Drüse. Pavy weist auf die alimentäre Glykosurie, die zeige, dafs bei Zufuhr von gröfseren Quantitäten Kohlehydrate, als der Körper assimilieren könne, Zucker im Urin auftrete, und in um so höheren Mafse, je gröfser dieser Überschufs sei.

Aplasie pancréatique. Diabète. Von Spillmann, Nancy.

2 Fälle von mangelhafter Ausbildung des Pankreas bei jungen Leuten im Alter von 17 und 19 Jahren, die an einem schweren Diabetes zu Grunde gingen, dienen als klinische Bestätigung der bekannten Versuche von Dr. Mering und Minkowski bezüglich Entstehung dieser Krankheit. Ferner zeigte die enorme Vergröfserung der Leber bei diesen Kranken den nahen Zusammenhang dieses Organs mit der Bauchspeicheldrüse, der durch Chauveau und Kauffmann erwiesen wurde.

Sur une variété de glucose extraite des urines diabétiques. Von Le Goff.

G. hat in diabetischem Urin die zuerst von Emil Fischer dargestellte Glukose gefunden.

La glucosurie des femmes enceintes. Von Charrin, Paris.

Diese Glykosurie ist auf eine Verlangsamung der Assimilation, ähnlich wie die Glykosurie bei Rhachitischen, zurückzuführen.

Action des divers microbes intestinaux sur les hydrates de carbone. Von Rappin.

Der Bac. mesentericus vulg. vermag stärkemehlhaltige Substanzen in vitro in Zucker umzuwandeln, während das Bakt. coli comm. dieselben in Alkohol und Aceton spaltet.

La pomme de terre comme aliment dans le diabète sucré. Von Mossé, Toulouse.

Bei Diabetes kann man ohne Schaden 1200—1400 g Kartoffel geben.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'urémie. Von Bayloc, Toulouse.

Es wurden Körperflüssigkeiten wie Urin, Blut etc. oder Organextrakte, die teils von gesunden, teils künstlich urämisch gemachten Tieren herstammten, Kaninchen intravenös injiziert. Es stellte sich heraus, dafs allein Leberextrakt, von künstlich urämisch gemachten Tieren herstammend, giftiger ist als von gesunden, und zwar entsprechend der Vergröfserung der Leber. Daraus folgt, dafs die Leber eine Rolle bei der Entgiftung dieser Uringifte spielt.

Charrin hat bei Tieren durch Injektion des Serums Eklamptischer Konvulsionen und Lebererkrankungen erzeugt.

Toxicité urinaire. Von H. Claude und Balthazard, Paris.

Um die toxische Wirkung des Urins zu studieren, mufs man sich vor allem vor Injektion einer Flüssigkeit hüten, die mit dem Blute nicht isotonisch ist; nach den Untersuchungen der Vortragenden beträgt diese bis 0,56°. Eine weitere Fehlerquelle besteht in der Plethora. Aber auch diese läfst sich leicht bestimmen; z. B. sind von 1000 g Kaninchen, die durch 90 cm³ einer 4,4% Chlorallösung getötet werden, 920 g durch die chemische Wirkung, 80 g infolge Plethora gestorben.

Application de la cryoscopie des urines à l'étude des maladies du coeur et des reins. Von Claude und Balthazard, Paris.

Bezeichnet man mit Δ den Gefrierpunkt des Urins, mit V die Zeit, mit P das Gewicht des Individuums, so giebt $\frac{\Delta \times V}{P}$ die gesamte molekuläre Diurese in 24 Stunden. Zieht man die auf Rechnung von NaCl zu setzende Gefrierpunktserniedrigung, die 0,65° beträgt, von Δ ab, so erhält man, wenn man diese Zahl mit δ bezeichnet, die Gefrierpunktserniedrigung der übrigen ausgeschiedenen Urinbestandteile und die Formel $\delta \times \frac{V}{P}$ giebt für diese die gesamte Diurese in 24 Stunden. Für die erste Formel schwankt die Zahl

zwischen 3.000 und 4.000, für die zweite Formel zwischen 2.000 und 2.500 unter normalen Verhältnissen. $\frac{\Delta}{\delta}$ giebt einen Mafsstab für die Durchlässigkeit des Nierenepitels. Ist $\Delta \times \frac{V}{P}$ unter 3.000, so liegt eine Herzstörung vor; ist sie mehr als 4.000, so liegt eine Niereninsuffizienz vor.

Cryoscopie des urines dans les maladies infectieuses. Von Claude und Balthazard, Paris.

Bei Typhus, Pneumonie und Diphtherie fanden sie in unkomplizierten Fällen grofse Schwankungen in den oben angegebenen Zahlen, je nachdem, ob eine Acme, Krisis oder Rekonvaleszenz der Krankheit bestand. Diese erlaubten, auf eine Insuffizienz des Herzens oder der Niere zu schliefsen; doch haben diese Zahlen nur dann Bedeutung, wenn sie die Krankheit überdauern.

Recherches expérimentales sur la nécrose de la papille rénale. Von Levaditi, Frankfurt a. M.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen chemischer Konstitution und Giftwirkung auf ganz bestimmte Zellgruppen und nur diese reagieren, wenn man die betreffenden Gifte injiziert. So wirkt z. B. Vinylamin nur auf die Nierenpapillen, die es nekrotisiert, und ruft Ulcerationen und Hämorrhagien in dem folgenden Urogenitaltraktus, besonders in der Blase, hervor, während es die übrigen Partien der Niere ganz frei läfst, was sich nur durch eine chemische Affinität zwischen dem Vinylamin und dem Epitelprotoplasma der Papillen erklären läfst.

Action de la toxine staphylococcique sur le rein. Von M. Neifser und Levaditi, Frankfurt a. M.

Bei Kaninchen, welchen Stophylococcotoxin intravenös injiziert worden war, sah man nach dem zwischen 5—15 Tagen erfolgten Tode die ganze Rindenpartie der Niere infarciert, während der übrige Teil der Niere frei geblieben war. Die erkrankte Partie zeigte zwei entzündete Streifen, die eine centrale Nekrose umgaben. Die kleinen Gefäfse unterhalb der Glomeruli sind durch zerfallene Leukocytenmassen thrombosiert. Der Mechanismus dieses Vorganges ist dunkel. Jedenfalls aber ist die Möglichkeit, Infarkte blofs durch Toxine hervorzurufen, erwiesen.

Arthritisme et acidité urinaire. Von Cautru.

Von 66 dyspeptischen Gichtikern zeigte der Urin in 55 eine Hypacidität, wovon 2 alkalisch, 6 normales Verhalten und 5 eine Hyperacidität; bei 80 neurasthenischen Gichtikern 65 mal Hypoacidität, 7 mal Hyperacidität und 5 normal. Eine alkalische Behandlung bringt lange fortgesetzt, Schaden. Ausgezeichnet wirken bei dieser Krankheit 10 bis 100 Tropfen täglich einer 36,4%igen Acid. phosphoricum-Lösung.

Sektion für Dermatologie und Syphiligraphie.

Causes des infections généralisées dans la blennorhagie. Referenten: Balzer, Lefser, Tommasoli und Ward.

Eine gonorrhoische Erkrankung anderer Körperteile wird bewirkt ent-



weder durch den Gonococcus oder durch sein Toxin oder durch Mischinfektion. Sie entsteht dadurch, dafs es den Mikroben oder ihren Toxinen gelingt, die Barrière, welche die Schleimhaut meist bildet, zu überschreiten und in die Zirkulation zu gelangen. Es gehören dazu gewisse prädisponierende Momente; solche sind Komplikationen der Gonorrhoe (Gonorrhoea posterior), ferner Excesse körperlicher, diätetischer oder sexueller Art; ferner eine gewisse uns unbekannte Disposition gewisser Personon, die jedesmal, wenn sie eine Gonorrhoe acquirieren, diese Komplikationen bekommen. Bei anderen wieder disponiert dazu eine vorausgegangene Erkrankung wie Endocarditis. Tommasoli weist darauf hin, dafs man bei den Individuen, welche vorwiegend von diesen Komplikationen betroffen werden, nämlich Alkoholiker, Diabetiker, Arthritiker, Skrophulöse etc. eine saure Dyskrasie, d. h. eine verminderte Alkalescenz des Blutes und Überschufs an Harnsäure findet. Was dem Gonococcus allein oder seinen Toxinen oder anderen Mikroorganismen bei diesen Allgemeinerkrankungen zuzuschreiben ist, das bedarf noch weiterer Untersuchungen.

In der Diskussion weist Jacquet darauf hin, dafs die Hyperostose des Talus, die angeblich das Überbleibsel eines gonorrhoischen Rheumatismus ist, auf vielen Statuen des Altertums, z. B. beim Borghesischen Fechter, zu sehen ist, ohne dafs wir das Recht haben, an eine Gonorrhoe der Leute, die dazu Modell gestanden haben, zu glauben. Man beobachtet diese Hyperostose bei Leuten der schwer arbeitenden Klasse, die viel stehen müssen; ist also nichts Spezifisches der Gonorrhoe.

Etude anatomique de la prostate. Causes de l'infection blennorhagique générale. Von Finger, Wien.

Sorgfältige Untersuchungen der Gefäfsverhältnisse der pars prostatita ergab grofse individuelle Schwankungen bezüglich Ausbildung des Kapillarnetzes. Je stärker es entwickelt ist und je näher es der Mucosa sich befindet, um so gröfser ist die Gefahr einer Thrombophlebitis und damit einer Allgemeininfektion.

Valeur de la méthode de provocation dans l'examen des urétrites postérieures. Von Neuberger, Nürnberg.

Durch eventuell wiederholte Massage der Pars post. urethrae nach der Miktion mittelst Bougie à boule gelingt es, die Drüsen zu entleeren und auch dort noch Gonokokken nachzuweisen, wo die ersten Untersuchungen nichts ergeben hatten.

A propos du traitement de la blennorhagie chronique. Présentation d'un instrument destiné à déterger les glandes de l'urètre postérieur. Von A. Renault.

Um auf den Teil der erkrankten Drüsen der Pars posterior urethrae, die auch der rektalen Massage unzugänglich sind, einzuwirken, hat R. einen Spüldilatator konstruiert. (Leider fehlen nähere Angaben über Konstruktion dieses Apparates. Der Ref.)

Sektion für Neurologie.

Souques und Balthazard, Paris, vermochten in 2 Fällen von 3 vermittels der Kryoskopie den Nachweis zu erbringen, dafs eine Polyurie auf nervöser Basis durch eine mangelhafte Funktion des Nierenepitels bedingt wurde. In allen Fällen bestand eine übermäfsige Blutzirkulation der Niere.

Sektion für innere Medizin.

Pathogénie de la goutte. Referent: Le Gendre.

Wie der Diabetes mellitus nach den Untersuchungen Bouchards auf einer verminderten Fähigkeit der Gewebe, den Zucker zu verbrennen, beruht, so besteht die Gicht, die mit jener Krankheit sehr nahe Beziehungen hat, wahrscheinlich in einer mangelhaften Fähigkeit des Organismus, die Albumine zu zerstören. Eine weitere Konsequenz hiervon ist die Bildung gewisser Säuren (Oxal-Milchsäure etc.), welche die Löslichkeit der Harnsäure vermindern, ohne dafs von letzterer ein Übermafs im Blut zu sein braucht, sowie gewisser organischer Körper, deren Giftigkeit die zahlreichen Gichtanfälle hervorrufen. Weiter besteht ein Zusammenhang zwischen Gicht und interstitieller Nephritis. Störungen der Niere sowie des Nervensystems spielen bei der Gicht und ihren Anfällen zweifellos eine Rolle, sei es, dafs sie die Ausscheidung toxischer Produkte verhindern, sei es, dafs sie den intracellulären Stoffwechsel stören. Acquiriert wird die Gicht durch unzweckmäfsige Lebensweise oder durch gewisse Gifte, z. B. Blei; oder ererbt durch Übertragung auf die Keimzellen.

Referent: Dyce Duckworth. Die Gicht ist eine Stoffwechselanomalie, deren anatomische Grundlagen uns unbekannt sind; während der Anfälle bilden sich Krystalle von harnsaurem Natrium, die in gewissen Partien des Körpers ausgefällt werden, in Gelenken oder geschwächten Geweben; die Gichtanfälle sind nervösen, vielleicht centralen Ursprungs; die Urämie an und für sich vermag diese Anfälle nicht auszulösen. Die Harnsäureablagerungen können kolossale sein, ohne Schmerzen zu verursachen und können nach und nach wieder ausgeschieden werden. Alles in allem kann die Gicht als eine neuro-humorale Krankheit betrachtet werden.

Teissier glaubt, dafs Leute, welche Oxalsäure im Blute haben, nicht zur Gicht disponiert sind.

His macht darauf aufmerksam, dafs ein so leicht oxydabler Körper wie Harnsäure im Blute und in Verbindung mit Körpern zirkulieren kann, die sie unoxydabel machen, dafs ferner die Leukocyten eine Hauptrolle bei der Resorption der Uratniederschläge spielen und dafs es unmöglich ist, mit Hilfe von Basen, welche mit der Harnsäure leicht lösliche Verbindungen eingehen, die Harnsäureablagerungen aufzulösen, so lange es Basen giebt, welche diese Salze schwerlöslich machen.

Diagnostic de l'insuffisance rénale. Referent: Achard.

Um sie zu erkennen, hat man die chemische Untersuchung, die Gefrierpunktserniedrigung und die Bestimmung der Giftigkeit des Urins empfohlen. Von den beiden ersten Methoden giebt die vergleichende Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes und des Harnes exakte Zahlen, ist aber

für gewöhnliche klinische Zwecke etwas zu umständlich. Die Bestimmung der Toxicität des Urins ist theoretisch die genaueste, für die Praxis aber unbrauchbar. Ein anderer Weg besteht darin, die Art der Ausscheidung gewisser Stoffe durch die Niere zu beobachten. Am häufigsten verwendet man dazu das Methylenblau. Eine Verzögerung, Verlängerung oder quantitativ Verminderung dieser Ausscheidung charakterisieren eine Niereninsufficienz, während eine intermittierende Methylenblauausscheidung auf eine sekundäre oder vorübergehende Insufficienz hindeutet. Die Niere ist kein einfaches Filter, sondern eine Drüse. Auch Störungen der Zuckerausscheidung nach subkutaner Injektion von Phloridzin bieten ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Am sichersten geht man, wenn man sich nicht mit einem dieser Hilfsmittel begnügt, sondern sie kombiniert. Sie geben auch über verschiedene, bisher dunkle Punkte der Nierenphysiologie Auskunft. Es können bedeutende funktionelle Störungen vorliegen ohne bedeutende anatomische Veränderungen. Nicht verwechseln darf man Impermeabilität der Niere mit Insufficienz oder Urämie. Letztere ist ein sehr kompliziertes Phänomen.

Referent Laache betont die Wichtigkeit einer prophylaktischen Therapie mit besonderer Berücksichtigung des Zustandes des Herzens.

Domenicis hat bei Hunden trotz Exstirpation beider Nieren Glykosurie nach Injektion von Phloridzin gesehen, woraus er schliefst, dafs im Blut bei Phloridzinglykosurie die Zuckerbildung stattfindet.

Perméabilité rénale et cryoscopie du sérum sanguin dans les néphrites parenchymateuses humaines et expérimentales. Von Widal und Lesné.

Bei parenchymatöser Nephritis zeigt die Methylenblauausscheidung nichts abnormes, wohl aber die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung. Genau dasselbe Verhalten zeigten Tiere, bei welchen künstlich durch Chromsäureinjektion eine parenchymatöse Nephritis erzeugt worden war. Das Serum von Urämischen ruft, Kaninchen ins Gehirn injiziert, keine Vergiftung hervor, während das Serum von Tieren, die mit Chromsäure vergiftet wurden, Meerschweinchen in Dosen von $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ ccm und Kaninchen in Dosen von $^1/_2$ ccm tötet.

Bard betont, dafs bei Epitelialerkrankung der Niere die Durchgängigkeit derselben erhöht ist, dafs fiebererzeugende Substanzen infolgedessen in den Harn übergehen, was daraus folgt, dafs solcher Urin, Tieren injiziert, eine Hyperthermie hervorruft.

La perméabilité rénale: valeur comparée de ses modes d'exploration; son rôle dans les affections du rein. Von L. Bernard, Paris.

Die Methylenblauausscheidung giebt im allgemeinen gute Resultate, aber weit exakter und zuverlässiger ist die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes und des Harnes. Beide müssen miteinander verglichen werden. Die verschiedenen Nierenaffektionen modifizieren die Durchgängigkeit dieses Organs. Sie ist z. B. vermindert bei der Sklerose, während sie bei der Urämie unverändert sein kann, woraus fogt, dafs für letztere nicht eine Undurchlässigkeit der Niere angeschuldigt werden kann. Es

können ferner hochgradige anatomische Veränderungen der Niere bestehen, ohne dafs die Permeabilität derselben verändert ist.

Sur l'opothérapie rénale. Von Tarruella, Barcelona.

Die Behandlung von 7 Nierenleidenden mit Glycerinextrakt von Nieren hat unsichere Resultate ergeben.

Sur la découverte de l'uréine, le constituant organique principal de l'urine, et la vraie cause des symptomes urémiques. Von Moor, New-York.

Man kann aus dem Urin das Ureïn, eine organische Substanz, erhalten, welches, Tieren injiziert, Vergiftungserscheinungen analog der Urämie des Menschen hervorruft.

Oedème pulmonaire aigu et urémie. Von P. Merklen, Paris.

Bei einem Patienten mit chronischer interstitieller Nephritis trat dreimal hintereinander ein akutes Lungenödem auf, welchem der Patient erlag, obwohl sein Herz bis zum letzten Augenblicke gut funktionierte. M. glaubt, dafs das Lungenödem sowie eine akute Myocarditis, welche die Obduktion ergab, durch die Undurchlässigkeit der Niere und Urämie bedingt wurden.

Nach Dieulafoy kann Lungenödem durch alle möglichen Nierenkrankheiten erzeugt werden.

El Kella et les gravelles. Von Hassan Mahmud Pascha, Kairo.

Diese Droge ist sowohl als Infus wie als Dekokt ein ausgezeichnetes Mittel zur Behandlung der Nephrolithiasis.

Sektion für Kinderkrankheiten.

Recherches sur l'élimination des acides sulfoconjugués de la série aromatique chez les enfants. Von Tommasi, Neapel.

Da die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäure im Harn beträchtlichen Schwankungen unterliegt, hat ihre Bestimmung keinen diagnostischen Wert. Nach Gebrauch von geringen Quantitäten Calomel ist die Ausscheidung dieser Säure um 1—3 ctgr pro die vermindert.

De la glycosurie alimentaire chez les nourrisons. Von Terrien.

Bei Ammen, die an Gastroenteritis leiden, beobachtet man in der Hälfte der Fälle eine alimentäre Glykosurie. Sie tritt schon nach Aufnahme von 3,5 g Kohlehydrat pro kg Körgergewicht auf. Sie hängt zweifellos mit der Diarrhoe und Abmagerung zusammen.

9. Bücherbesprechungen.

Bericht über die medizinische Poliklinik in München im Jahre 1899. Von Moritz. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 18.)

Im Jahre 1899 wurden an der medizinischen Poliklinik in München behandelt: 170 Nierenkranke, 29 Blasenkranke, 3 Steinkranke, 8 mit Prostataaffektionen, 7 mit Verengerung der Harnröhre, 2 mit Hydrocele, 99 mit Erkrankungen der Gebärmutter, 31 mit solchen des Eierstockes und 12 mit solchen der Scheide Behaftete. — Die Krankheiten anderer Organe, insgesamt 10644, sind in diesem Referat nicht angeführt.

von Notthafft-München.

Kompendium der Hautkrankheiten einschliefslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Von S. Jessner. (Zweite vollständig umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage, Königsberg i. Pr. Verlag von Thomas und Oppermann). Angezeigt von Dreysel-Leipzig.

Das J.sche Kompendium, für dessen Brauchbarkeit allein schon die Übersetzung ins Italienische spricht, ist wegen seiner knappen und präzisen Fassung vorzüglich geeignet, dem praktischen Arzte eine rasche Orientierung zu ermöglichen und ihm für Diagnose und vor allem auch Therapie wertvolle Winke zu geben. Die Anordnung des Stoffes, die in der vorliegenden 2. Auflage im wesentlichen dieselbe wie in der 1. Auflage ist, entspricht dem schon früher von J. auf rein pathologisch-anatomischer Basis aufgebauten System. Die Kosmetik enthält trotz ihrer kurzen Fassung alles für den Praktiker nötige und erhöht im Verein mit den am Schlusse zusammengestellten Rezeptformeln wesentlich die Brauchbarkeit des Buches. Das J.sche Kompendium wird sich in seiner verbesserten Auflage gewiss zahlreiche neue Freunde erwerben.

Ureterfisteln und Ureterenverletzungen. Von Stöckel, Leipzig. Verlag von Breitkopf & Härtel, 1900. Angezeigt durch: von Hofmann, Wien.

Nach einer Darstellung der Ätiologie, der Symptome, sowie des klinischen Verlaufes und der Prognose dieses erst seit verhältnismäfsig kurzer Zeit bekannten Leidens wendet sich L. zum naturgemäfs wichtigsten Kapitel, der Therapie. Da ein sehr grofser Teil der Ureterfisteln Folge von Geburten oder von operativen Eingriffen ist, kommt der Prophylaxe eine grofse Rolle zu. Dieselbe mufs in einer rationellen Leitung der Geburt (besonders Vermeidung forcierter Zangen) und in einer technisch vollendeten Ausführung gynäkologischer Operationen bestehen. Während die erste dieser Forderungen leichter zu erfüllen ist, lassen sich Ureterenverletzungen bei gynäkologisch operativen Eingriffen oft viel schwerer umgehen. Über den Wert des Vorschlages, vor derartigen Operationen die Ureteren zu sondieren und die Sonden liegen zu lassen, sind die Ansichten geteilt. Kelly und Irvine empfehlen die Methode, Fritsch ist kein Freund derselben.

Die eigentliche Therapie bei Ureterfisteln kann nur eine operative sein, da andere Methoden, wie Ätzung mit dem Lapisstift, nur in ganz vereinzelten Fällen günstige Resultate ergaben. Es folgt nun eine genaue Schilderung der einzelnen Operationsverfahren, auf welche näher einzugehen an dieser Stelle nicht möglich ist, weshalb nur die Hauptgruppen angeführt werden sollen:

A. Vaginale Plastik und Kolpokleisis;

B. Nephrektomie;

C. Ureterimplantation in die Blase auf abdominalem oder vaginalem Wege;

D. Ureternaht;

E. Andere Implantationsmethoden (in den Darm, den anderen Ureter, in die Haut) und Ureterabbindung.

Von diesen Methoden ist im allgemeinen die abdominale Ureterimplantation in die Blase vorzuziehen, falls nicht ein konservatives Verfahren unangezeigt erscheint, in welchem Falle die Nephrektomie auszuführen wäre. Als Indikation für die letztere Operation stellt Verf. nach Fritsch folgende Indikationen auf (selbstverständlich die Funktionstüchtigkeit der zweiten Niere vorausgesetzt):

1. Wenn bei anderen Operationen zu grofse technische Schwierigkeiten zu erwarten sind.

2. Pathologischer Zustand der dem verletzten Ureter entsprechenden Niere.

3. Wenn das Allgemeinbefinden oder das hohe Alter der Patientin eine schwierige Laparotomie kontraindizieren, eine kürzer dauernde Operation aber eventuell noch zulassen.

4. Wenn ein Rezidiv eines vorher operativ entfernten malignen Tumors an der Stelle der Fistel vorliegt;

5. Wenn bei frischen Verletzungen des Ureters ein so grofses Stück desselben in Wegfall gekommen ist, dafs die erprobten konservativen Methoden (Implantation, Naht) nicht mehr in Frage kommen können.

Im Anschlufs an diese Ausführungen berichtet S. über acht geheilte Fälle von Ureterfisteln und Ureterverletzung aus der Bonner Frauenklinik (4 abdominale, 1 vaginale Ureterimplantationen in die Blase, 3 Nephrektomien).

